Rok XLV. Kraków 19 Maja 1906. Nr 20.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki chirurgicznej „szpitalnej“ (prof. P. I. Djakonowa) w Moskwie.

Przyczynek do techniki i kliniki ezofagoskopii.

Podał
Dr Romuald Węgłowski
docent chirurgii w Uniwersytecie moskiewskim.

Ezofagoskopia, jako sposób badania i leczenia chorób przełyku, rozpowszechniła się mniej lub więcej w ostatnich latach 10 – 15, dzięki pracom Mikulicza, Hackera, Rosenheima i niektórych innych. Wszelako nie wszędzie zyskała sobie uznanie i nie wszyscy chirurdzy z należytą energią zabrali się do wyzyskania i rozpowszechnienia tego nieoszacowanej doniosłości sposobu.

Polskie piśmiennictwo lekarskie posiada w tej sprawie, o ile wiem, tylko prace kazuistyczne prof. Pieniążka i dra Nowotnego. Powodem podobnego zaniedbania jest nietylko błędne wyobrażenie o technicznych trudnościach zabiegu i wysokiej cenie narzędzi, lecz także i rozpowszechnione mniemanie, że ezofagoskopia jest bezcelową i bezskuteczną. Te niekorzystne, a mylne sądy są pozostałością po dawniejszych niepomyślnych próbach ezofagoskopii.

W r. 1856 Manuel Garcia pierwszy wypowiedział przypuszczenie, że możnaby oświetlać przełyk zapomocą wziernika krtaniowego. Próby te w dalszym ciągu podejmowali Voltolini, Semeleder, Störk i inni, lecz bezskutecznie. W roku 1865 wyszła w Paryżu praca Desormeaux o badaniu cewki moczowej, macicy, pochwy, przełyku, odbytnicy etc. zapomocą rur prostych („endoskopów“). Ku końcowi 1860 roku Kussmaul wypowiedział przypuszczenie, że możnaby badać przełyk za pomocą długich, prostych rur metalowych, naśladując w tem połykaczy mieczów. Dalej Waldenburg, Störk, Leiter i Nitze, Mackenzie, Löwe, Kelling i inni zalecali najrozmaitsze ezofagoskopy, które jednak nie miały szerokiego zastosowania i używania ich zaniechali niebawem sami wynalazcy.

W roku 1881 zastosował Mikulicz do badania przełyku długie i proste rury o średnicy 12—13 mlm. Aby taką rurę wprowadzić do przełyku, należało, zdaniem Mikulicza, użyć sposobu, używanego przez połykaczy mieczów, mianowicie — wyprostować w jedną linię przełyk i jamę ustną. Praca Mikulicza stanowi niewątpliwie epokę w rozwoju ezofagoskopii i od tego dopiero czasu zaczęła ezofagoskopia dawać doniosłe wyniki. W dalszym ciągu rozwinęli ezofagoskopię Hacker, Rosenheim, Kelling, Killian, Starck i inni. Między r. 1895 a 1900 sprawę ezofagoskopii uważano za jedną z najciekawszych i rozprawiano nad nią zawzięcie na rozmaitych zjazdach, zebraniach, w towarzystwach lekarskich itd.

Dzięki pracom wymienionych autorów nauka o ezofagoskopii znacznie postąpiła i dała takie wyniki, o jakich klinicyści dawniej ani marzyli. Rozpoznawanie bowiem rozmaitych chorób przełyku stało się klinicznie możliwem tylko po odkryciu ezofagoskopii.

Mylnem byłoby jednak mniemanie, że ezofagoskop wzbogacił tylko dyagnostykę chorób przełyku, niemniejsze bowiem korzyści przyniósł on i w leczeniu tych chorób.

Niezmierną korzyść przyniósł on najpierw przy usuwaniu ciał obcych z przełyku. Gdy ciało obce nie dawało się łatwo usunąć z przełyku, pozostawała dawniej tylko — ezofagotomia, która, podług najnowszej statystyki Balacescu i Kohna, daje odsetek śmiertelności 28,5%. Posługując się ezofagoskopem, w ostatnich 3½ latach wydobyłem z przełyku szereg obcych ciał u 23 chorych, nie tracąc ani jednego chorego i ani razu nie uciekając się do ezofagotomii, gdy przedtem w 1901/2 roku na 4 ezofagotomie straciłem 2 chorych. Podobnież Hacker w przeciągu 14 lat na 27 przypadków ciał obcych w przełyku, używając tylko ezofagoskopu, nie wykonał ani jednej ezofagotomii i nie stracił ani jednego chorego.

Dalej nieoszacowane usługi oddaje ezofagoskop przy rozszerzaniu bliznowatych zwężeń przełyku. Bardzo poważny odsetek śmiertelności przez wytworzenie fałszywych dróg i uchyłków przełyku przy rozszerzeniu go zgłębnikami, znika zupełnie przy posługiwaniu się ezofagoskopem.

Wreszcie dzięki ezofagoskopowi można z łatwością usuwać nowotwory łagodne, leczyć różnego rodzaju rany, wrzody za pomocą smarowania, przypalania, wyłyżeczkowania i t. d.

W ostatnich 3½ latach, w ciągu których kierowałem ambulatoryum kliniki chirurgicznej Uniwersytetu moskiewskiego, systematycznie posługiwałem się ezofagoskopem w przeróżnych chorobach przełyku. W tym okresie zbadałem przeszło 350 chorych na przełyk, z których znaczną większość badałem dwu- i trzykrotnie, niektórych zaś nawet ponad 10—15 razy. W pracy niniejszej streszczę wszystkie dane, uzyskane przy opracowaniu tego materyału[1]).

Najbardziej dzisiaj rozpowszechnione są ezofagoskopy Mikulicza i Rosenheima. Niema między niemi wy-

1) Patrz moją monografię: Ezofagoskopia. Technika jej i kliniczne spostrzeżenia. Moskwa 1906. 250 str., 23 fig., 2 tabl. (ross.).

bitnej zasadniczej różnicy; wolę jednak używać ezofagoskopu Mikulicza, gdyż jest dogodniejszy. Ezofagoskopy Mikulicza sporządzone są z białego, nieuginającego się metalu, mają w średnicy dla ludzi dorosłych 14 mlm., a dla dzieci 10 mlm. Najdogodniej używać rur trojakiej długości: 46, 36 i 26 ctm., stosownie do głębokości przełyku. Dolny koniec trąbki ścięty jest ukośnie, by zwiększyć przestrzeń, ulegającą badaniu. Światło trąbki zatyka się zapomocą metalowego rdzenia (obturatora), którego dolna część sporządzona jest z twardej gumy, górna zaś zaopatrzona w przyrząd do umocowania na rurze ezofagoskopu. Do oświetlania używa się zwyczajnego panelektroskopu Caspera, który w przyrządzie Mikulicza przymocowuje się do ezofagoskopu zapomocą stosownej tarczy stożkowej, bardzo dogodnej przy badaniu.

Oprócz tych przyrządów, trzeba się zaopatrzyć koniecznie w odpowiednie szczypczyki do usuwania ciał obcych, łyżeczki ostre *(curette)* do usuwania cząstek nowotworów, imadła do wacików dla ocierania śluzu i krwi etc. Do lampeczek panelektroskopu używa się zazwyczaj akumulatorów. Lecz są one bardzo kosztowne i niedogodne, ponieważ trzeba się z nimi bardzo troskliwie obchodzić. Ostatniemi czasy z wielką wygodą posługuję się kieszonkowymi akumulatorami, używanymi zwykle do oświetlania schodów itp. Baterya z dwóch lub trzech takich elementów daje dostateczne światło przez 3—4 tygodnie.

Przed rozpoczęciem badania niezbędnem jest znieczulenie gardła i górnej części przełyku. Zwykle używam 5% roczczynu kokainy. Tym roczczynem dokładnie, 2—3 razy pędzluję gardło, tylną ścianę krtani i początek przełyku. Szczególną uwagę zwrócić należy na znieczulenie przejścia gardła w przełyk, czyli na okolicę, odległą 15—17 ctm. od zębów. Miejsce to bowiem jest jedyną fizyologiczną przeszkodą dla wprowadzenia ezofagoskopu i zupełne jego znieczulenie znacznie ułatwia technikę wprowadzenia rury przełykowej.

Co do położenia, w którem powinien znajdować się chory podczas ezofagoskopii, to Mikulicz radzi układać chorego na lewy bok, Hacker i Rosenheim — na wznak ze spuszczoną w dół głową, Kilian i Einhorn badają w podstawie siedzącej i t. d. Mojem zdaniem żaden z tych sposobów nie posiada jakichś przeważnych zalet, to też korzystam z tego lub owego — w miarę potrzeby i dogodności. Postawa siedząca jest dla chorych najłatwiejszą i najprzyjemniejszą, lecz dla lekarza nie jest wcale dogodną; niedogodność ta polega głównie na tem, że ślina i śluz, ściekając do światła ezofagoskopu i do przełyku, zasłaniają badany obraz. Stosunkowo dogodniejszem tak dla lekarza, jak i dla chorego, jest ułożenie na prawym lub lewym boku. Położenie na wznak jest dla chorych najtrudniejsze i uciekam się do niego tylko wtedy, gdy wprowadzenie ezofagoskopu w innem położeniu jest niemożliwe, lub połączone z ogromnemi trudnościami. Gdy chory leży na wznak, z głową zwieszoną za brzeg stołu, najłatwiej wyrównać w jedną prostą linię — jamę ustną, gardło i przełyk przez uniesienie krtani ku przodowi zapomocą rury ezofagoskopu, która opiera się o zęby górne i działa na kształt dźwigni.

Głowę chorego powinien zawsze ustalić pomocnik. Używanie osobnych stołów lub krzeseł jest mojem zdaniem zbyteczne, ponieważ badanie ezofagoskopem można z równem powodzeniem wykonać na byle jakim stole, lub na byle jakiem krześle.

Szczegóły, tyczące się postawy chorego, operatora i jego pomocnika tłómaczą fig. 1, 2 i 3.

Przed rozpoczęciam ezofagoskopii badam dokładnie serce i płuca chorego, a również uważnie oglądam jamę ustną i zęby. Zęby sztuczne, jako też stojące na przeszkodzie korzenie zepsutych zębów usuwam.

Przed wprowadzeniem rury do przełyku badam go poprzednio zgłębnikiem, by określić stan światła przełyku i miejsce przeszkody. Jest to niezbędne dla wyboru pewnej długości rury ezofagoskopu, jak również dla uniknięcia nieostrożnych nadwerężeń i uszkodzeń. Następnie umieszczam chorego w położeniu najdogodniejszem, zaznajamiam go z całym przebiegiem badania, zalecam, by się zachował zupełnie spokojnie. Głowę powinien chory przechylić w tył w ten sposób, by szyja możliwie była wyciągnięta, a podbródek wysunięty do góry i naprzód. W tem położeniu ustala głowę



Fig. 1.

chorego pomocnik. Nareszcie wprowadzam do ust chorego ezofagoskop, opieram go o tylną ścianę gardła tak, żeby skośna część rdzenia (obturatora) była zwrócona do kręgosłupa. Teraz trzymając się ciągle środkowej linii ciała, posuwam rurę ezofagoskopu w dół, skierowując jednocześnie górny jej koniec ku głowie chorego tak, by wyrównać w jedną prostą linię gardło, przełyk i rurę ezofagoskopu. Podczas tego zabiegu każdy chory usiłuje zawsze odsunąć językiem rurę na bok, więc ciągle na to trzeba uważać i trzymać się koniecznie środkowej linii ciała.

Jak już mówiłem wyżej, jedyną fizyologiczną przeszkodę napotyka ezofagoskop w odległości 15—16 ctm. od zębów, a mianowicie w tem miejscu, gdzie się znajduje dolny zwieracz gardła. Pokonać tę przeszkodę udaje się naciskając lekko, elastycznie rurą ezofagoskopu: zwieracz ulega naciskowi i rura często prześlizguje się, jakby przez wązki, sprężysty pierścień. W dalszej części przełyku rura nie napotyka w prawidłowych warunkach żadnych przeszkód.

W razie, gdyby znowu znalazła się jakaś niespodziana

przeszkoda, trzeba niezwłocznie zmienić położenie głowy i rura rychło posunie się dalej.

Należy wogóle ściśle zachowywać następujące warunki: trzymać się ciągle środkowej linii ciała i wyrównywać ezofagoskop, gardło i przełyk w jedną prostą linię.



Fig. 2.



Fig. 3.

Gdy rura ezofagoskopu jest już należycie wprowadzoną, wyjmuje się obturator, przymocowuje się panelektroskop i rozpoczyna się badanie.

Trzeba jednak zaznaczyć, iż tylko w bardzo nielicznych przypadkach udaje się odrazu określić przyrodę choroby. Dość często otwór rury ezofagoskopu opiera się o ścianę przełyku i nie pozwala oglądać ani światła przełyku, ani części, leżących niżej.

Przyczyny niezbyt szerokiego rozpowszechnienia i niezbyt częstego zastosowania ezofagoskopii przy badaniu chorych upatrywać należy nie w trudnościach technicznych, lecz przeważnie w nieumiejętności oglądania przełyku. Nie dość bowiem wprowadzić ezofagoskop do przełyku; trzeba umieć nim tak kierować, by obejrzeć dokładnie wszystkie ściany i wszystkie części przełyku, a do tego potrzebnym jest cały szereg ruchów ezofagoskopem.

Największe znaczenie mają boczne poruszenia dolnym końcem rury w jedną lub drugą stronę; przełyk otoczony jest wiotką tkanką łączną, która znacznie ułatwia takie ruchy. Jeżeli tych bocznych ruchów nie można łatwo wykonać zapomocą samej rury, można je osiągnąć przez zmianę położenia głowy chorego. Sposób ten jest najdogodniejszy i wykonywać go powinien pomocnik podług wskazówek operatora. Jeżeli naprzykład rura ezofagoskopu i przełyk tworzą przy pewnem położeniu głowy chorego kąt, rozwarty ku przodowi, — czyli jeżeli otwór rury oparł się o tylną ścianę przełyku, wtedy światła przełyku oczywiście nie widać dopóty, aż rura i przełyk nie wyrównają się w jedną prostą linię. Nastąpić to może albo po przesunięciu dolnego końca trąbki naprzód, albo po odchyleniu głowy chorego w tył. Poruszając głową chorego w różne strony, można stopniowo i dokładnie obejrzeć światło i ściany przełyku.

Dla zbadania przełyku na różnej wysokości, trzeba wsuwać i wysuwać napowrót rurę ezofagoskopu, stosownie do potrzeby; lecz należy zaznaczyć, iż rurę wsuwać wgłąb wolno li tylko wtedy, kiedy wyraźnie widać światło przełyku, — inaczej możnaby łatwo nadwerężyć ścianę przełyku.

(C. d. n.)

Oceny i sprawozdania.

J. Steinhaus. **Histologia patologiczna.** Część I. Metody badania mikroskopowego tkanek i płynów patologicznych. Warszawa 1905. Część II. Histologia patologiczna ogólna. Warszawa 1906. Stron 194. 25 tablic światłodrukowych. Wydane z udziałem kasy im. Mianowskiego. Druk P. Laskauera i Sp. Cena 3 rbs. 50 kop. (75 kop. + 2 rbs. 75 kop.).

Brak podręczników oryginalnych, a choćby i tłómaczonych z zakresu anatomii i histologii patologicznej odczuwa się od dawien dawna. Prócz przestarzałego podręcznika anatomii patologicznej, wydanego jeszcze w r. 1852/53 przez Bętkowskiego, prócz doskonale rozpoczętego, lecz niedokończonego, a również już przestarzałego podręcznika Brodowskiego z roku 1869, prócz wyczerpanego i przestarzałego tłómaczenia I części niemieckiego podręcznika Birch-Hirschfelda, posiadaliśmy dotychczas tylko 1 tom dyagnostyki anatomo-patologicznej, doskonale i oryginalnie opracowanej przez Dmochowskiego, dotychczas jednak jeszcze nieukończonej i nigdy nie mogącej zastąpić kompletnego podręcznika anatomii i histologii patologicznej. Brak ten obecnie daje się odczuwać tem silniej, zwłaszcza wobec spodziewanego spolszczenia warszawskiego uniwersytetu. To też wszelkie usiłowania zaradzenia temu brakowi przyjąć należy ze szczerem uznaniem i prawdziwa wdzięczność należy się wszystkim tym, którzy podejmują podobne wydawnictwa. Obecnie leżą przed nami dwie części podręcznika histologii patologicznej, świeżo wydane przez dra Steinhausa z Warszawy.

W I części znajdujemy w krótki i w przystępny sposób przedstawione najpotrzebniejsze metody badania histo-patologicznego. Możnaby nawet powiedzieć, że część ta jest opracowaną

zbyt krótko, zawiera tylko najniezbędniejsze metody badania i z tego względu nie może zastąpić w większych pracowniach dotychczas używanych znacznie obszerniejszych podręczników niemieckich (Schmorl, Kahlden, Friedländer-Eberth); znaczną jednak korzyść może ta część oddać słuchaczom medycyny przy ćwiczeniach praktycznych z zakresu histologii patologicznej, a nawet i lekarzowi, posiadającemu podręczną pracownię a małe zasoby pracowniane. Pod tym jednak względem zwrócić należałoby uwagę na pewne braki i niedokładności, pewne niedomówienia, które zwłaszcza początkującemu sprawiać zwykły wielkie trudności: Tak n. p. autor przy opisie metody Weigerta barwienia włóknika, jak również przy opisie sposobu Grama barwienia bakteryi nie podaje zupełnie sposobu przygotowania wody anilinowej: na zasadzie wyrażenia »cedzony roztwór aniliny w wodzie« nikt nie zdoła przygotować wody anilinowej. Każdemu, kto miał z tem do czynienia, wiadomo, jak trudno jest dobrze rozpostrzeć krew na szkiełkach nakrywkowych, tymczasem autor w swym podręczniku ogranicza się tylko do wzmianki, że »dla badania suszy się krew na szkiełkach pokrywkowych i t. d.«, sposobu zaś rozpościerania na szkiełkach krwi i wogóle płynów nigdzie nie podaje. Nieodpowiedniem również wydaje się nam przytaczanie w tak krótkim podręczniku zawiłej i wymagającej dłuższego czasu metody Daddiego barwienia tłuszczu sudanem III, a pomijanie milczeniem zwykłej, bardzo prostej i szybkiej metody barwienia tłuszczu tymże barwikiem (lub szkarłatem R) w preparatach mrożonych świeżych lub ustalonych w formalinie. Uzyskane w ten sposób preparaty, zwłaszcza podbarwione po ustaleniu w formalinie hematoksyliną, dają wyniki doskonałe, częstokroć nawet pewniejsze, niż metoda Daddiego, a postępowanie jest znacznie krótsze i zwłaszcza dla początkującego o wiele łatwiejsze; metodę Daddiego należałoby stosować tylko w tych razach, gdzie przez przymrażanie nie można otrzymać dobrych skrawków. I wogóle w swym podręczniku autor bardzo mało uwzględnia metodę badania skrawków mrożonych po uprzedniem ustaleniu kawałków w formalinie: metoda ta, zwłaszcza w pracowniach anatomiczno-patologicznych, gdzie częstokroć bardzo wiele zależy na szybkiem rozpoznaniu, zyskuje coraz to szersze zastosowanie właśnie ze względu na szybkość i łatwość postępowania obok minimalnego uszkodzenia tkanek, mniejszego, rzec można, niż przy jakiejkolwiek innej metodzie badania. Również zbyt mały nacisk kładzie autor na badanie preparatów świeżych — badanie niezwykle ważne, jako jedynie pozwalające nam zapoznać się z rzeczywistą budową komórek i tkanek żywych, nie zmienionych jeszcze przez środki ustalające i inne odczynniki, stale używane przy zwykłych metodach badania. Nie mógłbym także zgodzić się z twierdzeniem autora, że »poza wyjątkowymi wypadkami obejść się można bez celoidyny« i zatapiać wszystko w parafinie: istnieje cały szereg metod badania, do których celoidyna jest odpowiedniejszą, niż parafina; każda z tych metod posiada swe zalety, posiada i swe wady, a stąd jedynie uzasadnionem jest równomierne stosowanie obu tych metod.

Co się tyczy drugiej części podręcznika Steinhausa, to i ta część, podobnie jak pierwsza, cechuje się wielką zwięzłością, z którego to powodu części tej niepodobna uważać za właściwy podręcznik, a raczej tylko za zarys histologii patologicznej do użytku słuchacza przy ćwiczeniach histologicznych celem przypomnienia najważniejszych szczegółów, usłyszanych poprzednio w wykładzie lub wyczytanych we właściwym podręczniku; przypuszczać należy, że ten właśnie cel miał autor na myśli i przyznać należy, że cel ten książka Steinhausa rzeczywiście spełnić może. I tutaj jednakże to dążenie do krótkości, nadmiernej wprost zwięzłości odbija się miejscami niekorzystnie na treści. Tak n. p. zwłaszcza rozdziały o zwyrodnieniu i nacieku tłuszczowym, o zapaleniu, grzeszą wielką niedokładnością; o sprawach nieżytowych błon śluzowych (zapaleniu kataralnem) znajdujemy tutaj tylko lekką wzmiankę; nie znajdujemy tutaj zupełnie opisu zapalenia dyfterytycznego (błoniczego) w odróżnieniu od zapalenia krupowego (dławcowego) i t. d. Nie mógłbym również zgodzić się na podane przez autora rozróżnienie tylko dwóch rodzajów martwicy: suchej (koagulacyjnej) i wilgotnej (kollikwacyjnej); pomiędzy właściwą martwicą suchą (mumifikacyjną) a t. zw. martwicą ze skrzepnięcia (skrzepową, koagulacyjną) istnieją znaczne różnice i to nawet w tak krótkim podręczniku należało zaznaczyć. Twierdzenie, iż »nekroza wilgotna« — właściwiej martwica rozpływna — »jest taką od początku, albo zjawia się wtórnie wskutek rozpuszczenia się skrzepłych mas« jest bardzo nieścisłe, ponieważ z jednej strony niepodobna uważać za rozpływną martwicę następstw innego rodzaju martwicy, z drugiej zaś strony twierdzenie takie łatwo mogłoby dać uczącemu się powód do uważania za martwicę rozpływną choćby takiego n. p. zjawiska, jak rozpuszczanie się włóknika po zapaleniu płuc włóknikowem. Niesłusznem również wydaje mi się twierdzenie autora (str. 136), że komórki, pokrywające n. p. błony surowicze są śródbłonkiem; embryologia uczy nas oddawna, że komórki te jako pochodne od mezodermy (nie mezenchymy) są w rzeczywistości nabłonkiem, a również i nowsze badania anatomiczno-patologiczne potwierdzają słuszność tego zapatrywania, gdyż w pewnych razach, zwłaszcza przy zapaleniach błon surowiczych, ten rzekomy śródbłonek nawet morfologicznie przybierać może kształt nabłonka i to nawet niekiedy rzęskowego. Oczywiście błędny pogląd na charakter komórek, pokrywających błony surowicze, jest jedną z przyczyn zamętu, panującego w nauce o nowotworach, wychodzących z tych błon surowiczych, zamętu w pojmowaniu t. zw. śródbłoniaków wogóle, którego to zamętu za przykładem wielu innych anatomo-patologów nie uniknął i autor w swym podręczniku.

Treść tej drugiej części jest obficie ilustrowana przeważnie oryginalnemi (co z uznaniem podnieść należy) zdjęciami fotograficznemi, rozmieszczonemi na 24 tablicach. Zdjęcia te i dobór preparatów na ogół są dobre, niektóre nawet doskonałe, spotyka się jednak pomiędzy niemi rysunki niewyraźne, nietylko nie objaśniające sprawy, lecz nawet ją zaciemniające, jak n. p. Tabl. I fig. 6, Tabl. IV fig 3—6, Tabl. VI fig. 1, 2, Tabl. XIII fig. 2 i t. d. Usterki te są bezpośrednim następstwem obranego przez autora sposobu ilustrowania wszystkiego zdjęciami fotograficznemi. Bezsprzecznie zdjęcia fotograficzne jako zupełnie wiernie oddające naturę, mają stanowczą wyższość nad rysunkami, które z konieczności są półschematyczne; specyalnie jednak w histologii wogóle, zwłaszcza zaś w podręcznikach, przeznaczonych dla początkujących, fotografia nigdy nie może zastąpić rysunków półschematycznych, zwłaszcza barwnych, gdyż rysunek, podkreślając ważne w danem miejscu szczegóły, ułatwia początkującemu odszukanie odpowiednich miejsc w preparatach, wbija niejako w pamięć uczącego się te najważniejsze szczegóły i zmusza go do zapamiętania ich. Przytem wskutek niedoskonałości metod fotografowania często zmiany zupełnie różne, w preparatach bardzo łatwo dające się od siebie odróżnić, w zdjęciach fotograficznych wychodzą zupełnie jednakowo. Tak n. p. w podręczniku autora doskonale możnaby zamienić rysunek 1 na tabl. IV z rysunkiem 2 na tablicy XIII, a wszakże jeden z nich ma wyobrażać mięsaka olbrzymiokomórkowego, a drugi — zmiany szkliste w włókniako-mięsaku. Z przytoczonych powyżej względów sądziłbym, że w tego rodzaju podręcznikach znacznie odpowiedniejsze są rysunki, zwłaszcza barwne, a przynajmniej połączenie zdjęć fotograficznych z rysunkami, jak to czynią n. p. Aschoff i Gaylord.

Co się tyczy języka, to znać tutaj wielkie staranie autora o czystość i poprawność w wyrażaniu się; długoletnie jednak przyzwyczajenie do używania wyrażeń i słów cudzoziemskich jest powodem, że autor, podając nawet właściwą polską nazwę pewnej sprawy lub narządu, w dalszym ciągu zapomina o niej i używa słów cudzoziemskich. Stąd to na każdym kroku spotykamy takie wyrażenia, jak: ateromat aorty, wena, arterya, pulpa, defekt, fibroblastyczna działalność, epitelioidy, fibrylarny, neurotyzować, alweola, amyloid, aktywny i t. d. Obok tego miejscami choć wogóle zrzadka, spotykają się zupełnie nieprawidłowe zwroty, jak n. p. »osiągnąć tego można« (str. 15), »zwężenia naczyń ciągną za sobą i t. d.« (str. 54), co oczywiście przypisać należy tylko przeoczeniu i mimowoli sprawiać musi wrażenie iż podręcznik ten pisany był zbyt pospiesznie.

Strona wydawnicza podręcznika zasługuje wogóle na pochwałę: zarówno papier, druk, jakoteż wykonanie rysunków są bez zarzutu.

Przytoczone powyżej usterki oczywiście nie zmniejszają zasługi autora za podjęcie żmudnej pracy. Rozpoczęte przez autora wydawnictwo nie może wprawdzie zastąpić słuchaczowi medycyny właściwych podręczników anatomii i histologii patologicznej, może mu jednak oddać rzeczywistą korzyść przy ćwiczeniach histologicznych; to też sądzić należy, że podręcznik Steinhausa, jako pisany w rodzinnym języku, potrafi wyrugować z rąk słuchacza medycyny podobne podręczniki cudzoziemskie.

Doc. dr *L. K. Gliński.*

Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Lubieniecki i Fofanow. **Przyczynek do nauki o nowotworach i torbielach trzustki z opisem dwóch przypadków rozpoznania za życia raka trzustki.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr. 12—13). Na podstawie 2 własnych spostrzeżeń w klinice prof. Zasieckiego (Kazań) i danych piśmienniczych L. i F. omawiają nowotwory trzustki. Nowotwory te należą do spraw stosunkowo rzadkich i stanowią zaledwie 1—2 prc. wszystkich nowotworów złośliwych. Pierwotne nowotwory trzustki są jeszcze rzadsze; przynajmniej L. i F. znaleźli nie wyżej nad 300 ogłoszonych przypadków. Z pierwotnych nowotworów trzustki najczęstszym jest rak, mianowicie włóknisty (*scirrhus*); stosunkowo rzadko zdarzają się torbiele trzustki. Zwykłą siedzibą nowotworu jest głowa trzustki, skąd rak może szerzyć się na cały gruczoł, lecz i wtedy, gdy tylko wyłącznie głowa zajęta jest przez raka, reszta trzustki ulega często zwyrodnieniu tłuszczowemu lub torbielowemu. Jednym z najstalszych i najwcześniejszych objawów choroby są bole w nadpępczu o cechach kolki lub stałego bolu z chwilowemi obostrzeniami; ból rozchodzi się stąd po całym brzuchu, nawet na grzbiet. Objaw ten, świadczący o nerwobolu splotu trzewnego (*pl. solaris*), powstającym wskutek ucisku, ma wielkie znaczenie rozpoznawcze, jeśli mu towarzyszy obecność torbiela w nadpępczu lub cukromocz. Również często nowotworom trzustki towarzyszą dolegliwości w zakresie przewodu pokarmowego, mianowicie upośledzenie łaknienia, nudnosci i wymioty w zależności od nieżytu żołądka, przerzutów, rozszerzenia żołądka wskutek ucisku odźwiernika (Lotheissen zebrał do r. 1903 17 podobnych przypadków) lub wymioty wskutek odruchowego podrażnienia nerwów i splotów, wreszcie zajęcia otrzewnej; biegunka tłuszczowa i białkowa (*steatorrhaea i azotorrhoea*) wbrew teoretycznym oczekiwaniom zdarzają się w raku trzustki nader rzadko; stosunkowo częściej rak trzustki przebiega ze zwykłą biegunką, czasami naprzemian z zaparciem, lub ze stałem zaparciem; wreszcie rak trzustki może nie wywoływać żadnych zaburzeń jelitowych. Nowotwory trzustki można wymacać stosunkowo rzadko; znajdujemy je wtenczas w nadpępczu na wysokości 1 i 2 kręgu lędźwiowego w linii środkowej; od nowotworów odźwiernika, dwunastnicy i okrężnicy poprzecznej, odznaczających się wyraźnemi granicami ze wszystkich stron, guzy trzustki odróżniają się niejasnością granic bocznych, zwłaszcza lewej. Powierzchowne lub głębsze położenie guza i ruchomość jego nie mają w rozpoznawaniu wielkiego znaczenia, ponieważ nawet guzy okrężnicy poprzecznej, choć zazwyczaj najwięcej ruchome, mogą niekiedy wskutek zrostów być nieruchome. Nieruchomość guza przy głębokich wdechach przemawia za guzem trzustki, dwunastnicy lub poprzecznicy; guzy dwunastnicy i poprzecznicy są ruchome przy głębokich wdechach tylko w razie zrostów z narządami, poruszającymi się podczas wdechu (wątroba, przepona). Guzy odźwiernika zachowują się przy głębokiem oddychaniu niejednakowo, jużto nie poruszając się, jużto poruszając nawet bez zrostów z wątrobą lub przeponą. Ogromne znaczenie rozpoznawcze ma, zdaniem L. i F., stosunek guza do pętli jelitowych: guzy odźwiernika, dwunastnicy i poprzecznicy dają przy słabem opukiwaniu odgłos przytłumiony; guzy trzustki, nerek, krezki i gruczołów zaotrzewnych — bębenkowy na całej przestrzeni guza, jeśli guz niewielki, lub w kształcie pasma, jeśli guz duży; odgłos ten świadczy o tem, że przed guzem leży pętla jelitowa. Wreszcie guzy trzustki przy obmacywaniu po rozdęciu żołądka czuć mniej wyraźnie lub znikają, natomiast guzy odźwiernika, dwunastnicy i poprzecznicy czuć wtedy równie wyraźnie, jak i poprzednio, z tą jedynie różnicą, że guzy odźwiernika przesuwają się przy rozdymaniu żołądka ku dołowi i w prawo. Gdy na podstawie tych objawów dojdziemy do wniosku, że guz pochodzi z trzustki, należy jeszcze rozstrzygnąć, czy to jest nowotwór, czy przewlekłe zapalenie trzustki, które również sadowi się najwięcej w głowie i może przebiegać z żółtaczką i silnem wyniszczeniem chorego. Rozróżnienie tych chorób jest tak trudne, że czasami nie udaje się nawet w czasie operacyi. Za nowotworem, jakkolwiek nie bezwzględnie, przemawiają obrzmienia obwodowych gruczołów chłonnych i puchlina brzuszna; żółtaczka, zjawiająca się w przewlekłem zapaleniu trzustki. często w początkowym okresie choroby bywa niestałą, lecz występuje w napadach, którym towarzyszą bole w prawej i środkowej części nadpępcza; dopiero w dalszym przebiegu choroby staje się ona stałą. Z innych objawów nowotworów złośliwych trzustki należy zaznaczyć nader szybki rozwój charłactwa, obrzmienie gruczołów, przeważnie pachowych, nadobojczykowych i pachwinowych, skłonność do krwotoków, wcześnie rozwijającą się żółtaczkę pochodzenia mechanicznego z obrzmieniem wątroby i wyczuwalnym pęcherzykiem żółciowym i o wiele rzadszą puchlinę brzuszną. Badanie moczu niewiele jest pomocnem w rozpoznawaniu: cukromocz zdarza się rzadko. Niedawno Cammidge polecił nowy sposób rozpoznawania chorób trzustki, oparty na wykryciu w moczu gliceryny, powstającej wskutek działania soku trzustkowego na tłuszcze, lecz osądzić wartości tego sposobu jeszcze nie można, ponieważ oprócz Cammidgea nikt się tem nie zajmował. Chorzy na raka trzustki żyją średnio 6 miesięcy.

Torbiel trzustki zdarza się rzadko: odróżniają torbiele pierwotne i wtórne, z zatrzymania wydzieliny pochodzące. Pierwotne można podzielić na istotne, bąblowcowe i torbiele krwawe; ze względu wreszcie na usadowienie i kierunek rozrostu Lazarus odróżnia 5 rodzajów torbieli: *species subphrenica s. gastrohepatica*, *retro-ventricularis*, *gastrocolica* (najczęstszy), *mesocolica i praevertebralis*. Torbiele trzustki mogą być rozpoznane tylko w tych przypadkach, gdy je można wyczuć. Są to okrągławe guzy różnej wielkości, gładkie, sprężyste, usadowione podobnie, jak raki trzustki. W miarę rozwoju torbiel odsuwa okrężnicę poprzeczną ku dołowi, żołądek zaś ku przodowi i górze; bardzo duże torbiele przesuwają żołądek tylko ku górze; wyjątek stanowią jedynie torbiele z rodzaju podprzeponowych, które sadowią się między wątrobą, a żołądkiem. Przy opukiwaniu nad torbielami niezbyt dużych rozmiarów otrzymujemy odgłos bębenkowy na całej przestrzeni lub w górnym odcinku torbieli; nad dużemi torbielami odgłos wszędzie jest stłumiony, naokoło zaś bębenkowy; po rozdęciu zaś żołądka nad górnym odcinkiem torbieli występuje odgłos bębenkowy. Przy ucisku brzucha z obu stron, również przy odprowadzeniu torbiela ku tyłowi przestrzeń stłumienia znacznie się zmniejsza. Przy rozdymaniu żołądka przestrzeń odgłosu bębenkowego zwiększa się nad górnym odcinkiem torbiela, przy rozdymaniu zaś okrężnicy zstępującej nad jego lewym odcinkiem. Nakłucie torbiela dla celów rozpoznawczych jest niebezpieczne, a często nie daje jasnego wyniku, ponieważ treść torbiela z czasem traci swe własności trawiące.

Witold Orłowski (Ptbg.).

J. Ryba. **Niedomykalność zastawek tętnicy głównej i jej stosunek do kiły.** (*Sborn. klin.* Nr. 3, 1906). Autor wskazuje na szczególne zmiany tętnicy głównej, sadowiące się zwłaszcza w jej części wstępującej, różne od sprawy miażdżycowej. Zmiany te dotykają zwykle ludzi w sile wieku (30—50 lat), a w przypadkach tych można prawie zawsze stwierdzić przebycie kiły. Pomiędzy 65 przypadkami niedomykalności zastawek tętnicy głównej, badanymi na klinice prof. Thomayera w Pradze, stwierdzono w 26 przypadkach przebycie kiły. Innych chorób, które zwykle uważamy za etyologiczne czynniki niedomykalności zastawek, jak gośćca, pląsawicy, zapaleń gardła itd., w przypadkach tych nie stwierdzono. W 8 przypadkach wykonano sekcyę i znaleziono przewlekłe zmiany, które należy uważać za prawdziwą *aortitis gummosa*. Pierwsze objawy niedomykalności zauważono 15—17 lat po zarażeniu się chorych kiłą. U 18 chorych z pomiędzy 25 były objawy źreniczne, (źrenice nierówne, leniwo oddziaływające lub nie oddziaływające), bez upośledzenia wzroku. U 6 odruchy kolanowe były osłabione albo zupełnie zniesione. Oprócz tego zauważono u niektórych chorych i zmiany psychiczne, zwłaszcza w okresie końcowym, nieraz z cechami maniakalnemi. *Sch.*

PEDYATRYA. Wunsch. **Leczenie przewlekłego zaparcia stolca u osesków.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 11, 1906). Lewatyw z oliwą używa się często w praktyce; w praktyce dziecięcej jednak prawie ich dotychczas nie używano. W. poleca takie lewatywy w przypadkach przewlekłych, gdy dziecko tylko po zastosowaniu środków przeczyszczających stolec oddaje, miesienie zaś brzucha z powodu napinania powłok przy płaczu jest zazwyczaj bezcelowe. Autor podaje lewatywki z oliwą co drugi dzień z bardzo dobrym skutkiem.

W. Filipkiewicz.

Flesch. **W sprawie leczenia białaczki promieniami Röntgena.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 16, 1906). Zdania o wpływie promieni Röntgena w białaczce są bardzo podzielone. Jedni przypisują im wpływ leczniczy, drudzy temu przeczą stanowczo. Nadto nie rozstrzygnięto, czy promienie wpływają niszcząco na same białe ciałka, czy też powstrzymują ich wytwarzanie się. Autor stosował promienie Röntgena w 3 przypadkach białaczki u dzieci. W 2 przypadkach białaczki limfatycznej nie widział A. żadnej zmiany na lepsze, oba zakończyły się śmiertelnie. W przypadku białaczki szpikowej nastąpiła zrazu bardzo wybitna poprawa (po naświetlaniu w ogólności przez 826 minut) tak pod względem klinicznym, jak i hematologicznym; przy dalszem naświetlaniu zauważył autor zwiększanie się ilości limfocytów, czyli jedna postać białaczki przeszła w drugą. Przypadek ten również zakończył się śmiertelnie. Zdaniem F. promienie R. działały tutaj na sam szpik kostny: początkowo osłabiły wytwarzanie się myelocytów, które w tym przypadku prawie znikły, przy dalszem jednak naświetlaniu zadziałały podrażniająco na szpik, wskutek czego limfocyty poczęły wytwarzać się w nadmiernej ilości.

W. Filipkiewicz.

Hutzler. **Śmiertelność niemowląt, a położne.** (*Verhandl. der Ges. f. Kinderheilk.*, 1906). Autor zbadał statystycznie, w ilu przypadkach wczesne odłączenie niemowlęcia bez koniecznego wskazania, jakoteż błędne przeprowadzenie sztucznego żywienia pochodziło z winy położnej i dochodzi do następujących wniosków: 1) Dzisiejszy system wykształcenia, który sprawia, iż położna, zamiast być pomocnicą lekarza w walce ze śmiertelnością niemowląt, stanowi raczej w działalności tej przeszkodę, wymaga koniecznie zmiany. 2) Każda położna powinna otrzymać teoretyczne i praktyczne wykształcenie, *a*) w pielęgnowaniu zdrowych i chorych oseskow, *b*) w umiejętności zapoczątkowania karmienia piersią, *c*) w przeprowadzeniu sztucznego karmienia, *d*) we wczesnem rozpoznawaniu zaburzeń zdrowia niemowlęcia. 3) Dla osiągnięcia tych wiadomości powinny położne odbyć pod kierunkiem lekarza-pedyatry sześciotygodniowy kurs na oddziale dla oseskow i w ambulatoryum szpitala dziecięcego, zakończony obowiązkowym egzaminem.

T. Żeleński.

Engel. **O sprawności piersi kobiecej.** (*Verhandl. der Ges. f. Kinderheilk.*, 1906). Autor szukał odpowiedzi na pytanie, czy podstawa niedostatecznej sprawności piersi kobiecej jest anatomiczną, czy też jedynie czynnościową. Zdaniem E. spotyka się piersi kobiece o silnie rozwiniętej tkance łącznej, a skąpej miąższowej i odwrotnie piersi, obfitujące w tkankę miąższową, zawierające mało tkanki łącznej. Pierwszy typ należy uważać za mniej wartościowy. Obmacywaniem piersi jest niekiedy bardzo trudno rozstrzygnąć, do którego z tych typów należy, dlatego w rokowaniu często zdarzają się pomyłki. *T. Żeleński.*

Biedert. **O „mleku targowem pierwszej klasy“.** (*Verhandl. der Ges. f. Kinderheilk.*, 1906). Nadzór nad mlekiem targowem musi się liczyć z tem, co można osiągnąć w drobnym przemyśle mlecznym po wsiach, który prawdopodobnie jeszcze nieprędko będzie mógł zadowolnić nawet skromne żądania. Aby jednak zachęcić do doskonalenia produkcyi, zaprowadzono w Strassburgu za staraniem autora takie wyróżnienie, iż ci dostawcy, którzy dobrowolnie poddadzą się nadzorowi o wyższych wymaganiach i zadowolnią je, otrzymują prawo sprzedawania swego produktu pod nazwą „mleka targowego pierwszej klasy“. Jest to ważny krok na drodze do tak koniecznego odłączenia mleka, przeznaczonego dla dzieci, od ogólnego handlu nabiałem. *T. Żeleński.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. A. Baumgarten i H. Poppor. **O wydzielaniu ciał acetonowych w chorobach kobiecego narządu płciowego.** (*Wiener klin. Wochs.* 1906, Nr. 12). Do niedawna sądzono, że obecność acetonu w moczu kobiety ciężarnej jest dowodem obumarcia płodu. Dopiero dokładniejsze badania Merciera i Mennego wykazały, że aceton pojawia się w zwiększonej ilości podczas różnorodnych powikłań ciąży, jak: przy ciąży zewnątrzmacicznej, krwistku zamacicznym, białkomoczu, przymiocie, a szczególnie podczas rzucawki porodowej. Autorowie niniejszej pracy zwrócili uwagę na wydzielanie ciał acetonowych, głównie kwasu acetooctowego i betaoksymasłowego w chorobach narządów płciowych kobiecych. W 100 przypadkach najrozmaitszych zmian narządu płciowego, jak guzy przydatków, ropnie okołomaciczne i w zatoce Douglasa, gorączka połogowa, poronienie, rak macicy, mięśniaki, torbiele jajnikowe i t. p., próba co do acetonu była ujemną, albo wykrywała bardzo niewielką ilość acetonu; natomiast w przypadkach ciąży zewnątrzmacicznej tak próba Legala, jak i Gerharda, wykrywały wyraźnie obecność acetonu i kwasu acetooctowego. Rozpatrując przyczyny acetonuryi w tych przypadkach, doszli autorowie do wniosku, że powodem jej nie są nieprawidłowości w wymianie materyi, gdyż wkrótce po operacyi znikał aceton z moczu, ani też gorączka lub wycieńczenie, ani nawet obumarcie płodu, jak dotychczas sądzono, gdyż przy operacyach ciąży zewnątrzmacicznej, podczas której istniała acetonurya, wydobyto parę razy płód żywy. Autorowie dopatrują się przyczyny acetonuryi przy ciąży zewnątrzmacicznej w wytworzonych skrzepach i krwotoku, a to na tej podstawie, że w tych przypadkach, w których krwotok ten był nieznaczny, ilość acetonu i kwasu acetooctowego w moczu była również nieznaczna, następnie, że ze skrzepów z operowanego krwistku otrzymano sposobem Liebena pokaźną ilość acetonu. We wszystkich dotychczas przez autorów badanych przypadkach, w których rozpoznanie ciąży zewnątrzmacicznej było bardzo trudne, przemawiał brak acetonu i kwasu acetooctowego przeciwko jej istnieniu, co później operacya potwierdzała. Autorowie sądzą więc, że w przypadkach, w których rozpoznanie różniczkowe między guzami przydatków i torbielami z jednej, a krwistkiem zamacicznym z drugiej strony sprawia wielkie trudności, brak lub stała obecność większej ilości acetonu i kwasu acetooctowego w moczu ma znaczenie rozstrzygające. *Jaworowski.*

G. Schickele. **Kilka uwag krytycznych o operacyi Aleksandra-Adamsa, zwłaszcza o jej stosunku do przepuklin pachwinowych.** (*Berl. klin. Wochs.* 1906. Nr. 12). Skrócenie więzadeł okrągłych sposobem Aleksandra-Adamsa, zmierzające do przywrócenia macicy tyłozgiętej prawidłowego położenia jest przeważnie operacyą bardzo dobrą i skuteczną; — jednakowoż dość często zdarzają się po operacyi nawroty tyłozgięcia. Przyczyną tego są najczęściej sprawy zapalne około macicy, jakoteż i w samej macicy. Częstokroć wyniki operacyi są ujemne skutkiem ropienia w ranie operacyjnej, co niestety mimo ścisłego postępowania bezgnilnego i podwiązywania naczyń krwionośnych dość często się zdarza. Ujemną stroną tej operacyi jest również stosunkowo częste powstawanie pooperacyjnych przepuklin pachwinowych. W rozmaitych pracach podają autorowie 3—14 prc. powstawania przepuklin pachwinowych po operacyi Aleksandra-Adamsa. Odsetek ten jest daleko większy w tych przypadkach, w których otwarto kanał pachwinowy, co niejednokrotnie jest rzeczą nieuniknioną, szczególnie wtedy, gdy wyszukanie więzadla sprawia trudności, lub gdy istnieje już przepuklina pachwinowa lub jej zaczątek. W przypadkach takich należy wykonać oprócz operacyi Aleksandra-Adamsa równocześnie doszczętną operacyę przepukliny. W przypadkach, w których istnieje przepuklina pachwinowa, częstokroć bardzo trudno wyszukać więzadło okrągłe, gdyż worek przepuklinowy zmienia prawidłowe warunki anatomiczne. W takich przypadkach radzi autor oddzielnie worek przepuklinowy, otworzyć go i wyszukać śródotrzewną część więzadła. Przepuklinę należy operować sposobem Bassiniego, a więzadło przyszyć do pochewki skośnego zewnętrznego mięśnia brzucha, tak, by ono wzmacniało równocześnie przednią ścianę kanału pachwinowego. Tak samo radzi autor postępować w każdym przypadku, w którym kanał pachwinowy został podczas operacyi rozszerzony. *Jaworowski.*

Ahlfeld. **O zaniku wód płodowych w drugiej połowie ciąży.** (*Zeitschr. für Geb. u. Gynäk.* T. LVII, Z. 1). Autor opisuje kilka przypadków, w których podczas porodu stwierdzono prawie zupełny brak wód płodowych. Przypadki te są o tyle ciekawe, że zanik wód wystąpił dopiero pod koniec ciąży przy utrzymaniu pęcherza płodowego w całości. Dzieci, urodzone przy tych porodach, odznaczały się wszystkie nadzwyczaj słabo rozwiniętą tkanką tłuszczową, przytem skóra była zupełnie sucha, w jednym przypadku zupełnie taka, jak przy rybiej łusce. Zamiast wód po urodzeniu się płodu odchodziła zawsze gęsta, ciągnąca się masa, zabarwiona nieco smółką. Że taki zanik wód wystąpił dopiero później, wnosi autor z tego, iż płody były donoszone, a nawet przenoszone przyczem nie znaleziono ani zrostów, ani znaczniejszych zniekształtnień członków płodu. Następnie wszystkie płody rodziły się żywe a w przypadkach sekcyonowanych w treści jelit znajdowano zawsze meszek, co świadczy o tem, iż dostał się on razem z wodami do przewodu pokarmowego. Co jest przyczyną tego zaniku wód, autor nie wyjaśnia, uważając to za rzecz dalszych badań, co do zmian zaś na skórze płodu, to autor przypuszcza, iż przy zupełnym braku wód płodowych ustrojowi dziecka braknie potrzebnych mu składników, zawartych w wodach i z niemi połykanych.

Dr. G. Wierzbicki.

H. W. Freund. **Uwagi do pracy Sellheima: „Magnes jako pomocniczy środek rozpoznawczy i leczniczy w ginekologii“.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 16. — Patrz sprawozd. z pracy S. w *Przegl. lek.* 1906, Nr. 16). F. odmawia badaniu elektromagnesem wszelkiego poważniejszego znaczenia. Badanie zestawione (oburęczne) zostało tak udoskonalone, że czyni najczęściej zbytecznym zgłębnik lub wziernik maciczny. Wiemy nawet, że w przypadkach trudnych, z wysiękami i zrostami, częstokroć więcej poucza badanie zestawione, niż nawet oglądanie przy otwartej jamie brzusznej. Dla określenia położenia dna macicy w trudnych przypadkach wystarcza używany dotąd zgłębnik. Ruchomość macicy daje się zazwyczaj stwierdzić znanymi sposobami, a zastosowanie magnesu w tym celu może nawet naprowadzić na błędne wnioski. *B. Wojciechowski.*

H. Sutter. **W sprawie przyszywania macicy do ściany brzusznej.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 16). S. zajmuje się wartością metody Rudolfa (patrz. sprawozd. w *Przegl. lek.* 1905, Nr. 44) polegającej na przeprowadzeniu szwów od jamy macicznej przez powłoki i uważa ją za błędną, a to z tego powodu, że nie można napewno uniknąć obrażeń ubocznych (jelit i pęcherza), jakoteż zakażenia otrzewnej drobnoustrojami z przewodu rodnego.

B. Wojciechowski.

A. Mueller. **W sprawie etyologii i leczenia wymiotów u ciężarnych.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 16). Za teoryą M., tłómaczącą wymioty u ciężarnych podrażnieniem nerwu współczulnego, przemawia przypadek, który opisuje v. Uhle (patrz sprawozd. w *Przegl. lek.* 1905, Nr 35), gdzie uporczywe wymioty, przy macicy zgiętej ku przodowi, ustąpiły, gdy wyczerpano inne środki

dopiero po założeniu balonu do pochwy. Opierając się na licznych dalszych spostrzeżeniach, podaje M. swój obecny pogląd na etyologię wymiotów u wielu ciężarnych, że jest to mianowicie odruch podrażnienia włókien n. współczulnego, przebiegających w miąższu macicznym; włókna te, unieruchomione wskutek zmian zapalnych, straciły swą podatność i ulegają uciskowi lub naciągnięciu wskutek wzrostu i przekrwienia macicy ciężarnej. Szczególnie często zdarza się to wskutek przyklejenia tylnej ściany macicy na lewo od wzgórka kości krzyżowej, w okolicy zwoju trzewnego. Zwolnienie tych zlepów usuwa często odrazu wymioty. To samo zdarza się przy *parametritis posterior* i chorobowem przodozgięciu macicy, jakoteż przy stwardnieniu szyi i okolicy ujścia wewnętrznego. Rzadziej wychodzi podrażnienie z przydatków lub ze zrostu sieci z macicą. W takich przypadkach powinnoby leczenie dążyć rozmaitemi drogami do usunięcia zrostów, czy też do rozpulchnienia stwardniałych tkanek. Ze względu na niebezpieczeństwo poronienia konieczna oczywiście jest jaknajwiększa ostrożność wśród przeprowadzania leczenia miejscowego. *B. Wojciechowski.*

Elis Essen Möller. **Czas pojawiania się regularności w Szwecyi.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 16). Statystyka z 5000 przypadków. Najwcześniej wystąpiła regularność w 10. roku życia (0·08 prc.), w następnych latach wzrasta odsetek do 15. r. ż. (26·38 prc.), poczem spada aż do 23 r. ż. (0·06 prc.).

B. Wojciechowski.

B. Engländer. **Zapalenie ropne sutka u karmiącej, leczone sposobem Biera, z wyleczeniem.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 16). Najwyższa ciepłota wieczorna u chorej wynosiła 37·5, tętno zawsze dobre. Wśród stosowania przekrwienia karmiła chora wyłącznie piersią zdrową. *B. Wojciechowski.*

H. v. Derera. **Przypadek zupełnego uwięźnięcia okrężnicy esowatej z następowem zapaleniem otrzewnej, wywołanego skrętem szypuły torbieli przyjajnikowego.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 17). U 24-letniej osoby wystąpiły nad ranem nagłe bóle w brzuchu. Wezwany nazajutrz lekarz skierował chorą do zakładu, gdzie przybyła wieczorem. Tu rozpoznano skręt guza jajnikowego. Na operacyę nie zgodziła się chora; nazajutrz objawy posokowatego zapalenia otrzewnej, któremu chora uległa dnia następnego. Sekcya stwierdziła stosunki, określone w tytule. Objawy otrzewne, występujące przy guzach jajnikowych, wymagają jak najszybszego przystąpienia do operacyi. *B. Wojciechowski.*

P. Richter. **W sprawie zapobiegania nieżytowi pęcherza po cewnikowaniu.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 17). Od 5 lat używa R. z dobrym wynikiem cewnika metalowego własnego pomysłu, grubości 5 mm., z 2 małemi okienkami o tępych brzegach, posiadającego w odległości $5^1/_2$ ctm. od końca płytkę, zapobiegającą głębszemu wprowadzeniu narzędzia. Część zewnętrzna łączy się z pionową rurką, przeznaczoną do wprowadzania płynu dla przepłukania pęcherza; w miejscu połączenia rurek znajduje się kurek, zapomocą którego można naprzemian opróżnić pęcherz lub go napełnić, nie poruszając narzędzia. R. przepłukuje pęcherz przy sposobności każdego cewnikowania. (Rysunek). *B. Wojciechowski.*

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. Neisser, (Siebert i Schucht). **Próby przeszczepienia kiły na małpy.** Część IV. (*Deutsche med. Wochs.* 1906, Nr. 13). Ze względu na dotychczasową niepewność co do zaraźliwości zmian kiłowych trzeciorzędnych, starał się Neisser przy pomocy wspomnianych w tytule współpracowników rozstrzygnąć tę sprawę przez szczepienie zmian trzeciorzędnych na małpy jawańskie (*macacus i cercopithecus*). W tym celu dokonano 17 szczepień z różnych zmian późnej kiły, powstałych w 10—17 lat po zakażeniu. Na mocy spostrzeżeń, poczynionych po szczepieniu, które dało 5 razy wynik dodatni, dochodzi Neisser do wniosku, że kilaki świeże, nierozpadłe skutkiem martwicy lub ropienia, zawierają pasorzyty żywe, które mogą wywołać w skórze małp typowe zmiany kiłowe pierwotne. Obojętnem jest zatem, czy te postacie rozpadowe powstały w krótszym czy dłuższym czasie po zakażeniu; tkanki ich mogą zakazić. N. stwierdza jednak zarazem, że żywego jadu kiłowego musi być w tych zmianach mniej, niż w zmianach wczesnych, gdyż niektóre części tych zmian są zakaźne, gdy natomiast inne części tego samego guza nie wywołują kiły. — Praktycznie mają te doświadczenia bardzo doniosłe znaczenie, bo obecnie uważać musimy każdą zmianę kiłową, a zatem i do okresu późnego należącą, za zaraźliwą. Różnice jednak pozostają dość wybitne. Zmiany wczesne przenoszą się łatwo, a niebezpieczeństwo przeszczepienia powiększa i ich usadowienie się: części płciowe, wargi ust, jama ustna. Dalej zmiany te mogą być bardzo drobne i można je wtedy łatwo przeoczyć, a z drugiej strony nieznaczne, a tak często przeczosy na wymienionych części ciała mogą stanowić łatwo wrota zakażenia. Zmiany trzeciorzędne rzadko pojawiają się w tych miejscach i mają tak wybitne znamiona, że trudno je przeoczyć, a doświadczenia autorów dowodzą, że o ile części nierozpadłe kilaków dawały wynik dodatni, o tyle zmiany otwarte (rozpadło) nie dały się przeszczepić. — Praktycznie wynikałoby także z otrzymanych przeszczepień, że chorych, dotkniętych zmianami późnemi, należy poddawać bardzo energicznemu leczeniu rtęcią. — Szczepienia w trzech przypadkach kiły wrodzonej dowiodły, że w tych przypadkach jad rozchodzi się po całym ustroju, gdyż szczepienia krwi ze serca i tkanek różnych narządów (nerki, płuca, wątroba, jajnik) dały wynik dodatni. Podobnie wrzód, wywołany przez szczepienie śluzu z nosa dziecka, dotkniętego kiłą wrodzoną, wskazuje, że w ten sposób może powstać bardzo łatwo zakażenie przypadkowe.

Krzyształowicz.

Lohnstein. **O alypinie w zastosowaniu do zabiegów urologicznych.** (*Deutsche med. Wochs.* 1905, Nr. 13). Alypina pod wielu względami przewyższa kokainę, nie jest bowiem tak silnie trująca, nie działa szkodliwie na serce, nie wywołuje gwałtownych omdleń, tak częstych przy stosowaniu kokainy, — a ponieważ przy przegotowaniu nie ulega rozkładowi, można ją dokładnie wyjałowić. Autor stosując alypinę przy rozmaitych zabiegach w toku chorób cewki i pęcherza przekonał się, że tak samo, jak chlorek kokainy, tak i alypina, będąca również w związku chemicznym z chlorem, tworzy z azotanem srebra strąty, co wpływa ujemnie tak na działanie azotanu srebra na błonę śluzową cewki, jak i na działanie znieczulające alypiny. Wobec tego polecił autor sporządzenie soli azotanowej alypiny, a ten przetwór, nie tworząc strątów z azotanem srebra, okazał się o wiele lepszym do wkraplań zwykłej alypiny w mieszaninie z azotanem srebra. Przy operacyach stulejki, kłykcin kończystych napletka i żołędzi, rozszerzaniu zwężonego ujścia cewki i alypina wywołuje zupełne znieczulenie. Oprócz tego używał autor alypiny do znieczulania cewki moczowej przy wprowadzaniu wzierników i zgłębników cewkowych i przekonał się, że działanie znieczulające alypiny jest równie silne, jak i kokainy, tylko znieczulenie następuje dopiero po 5 minutach, gdy kokaina znieczula znacznie szybciej, bo w 2 minuty po zastosowaniu.

Stopczański.

E. Bender. **Przyczynek do leczenia łysiny plackowatej promieniami Röntgena.** (*Derm. Zeitschr.* Nr 3, 1906). W przypadku autora, dotyczącym siedmioletniego chłopczyka, zastosowano, gdy wszelkie próby leczenia zawiodły, naświetlanie promieniami Röntgena. Do naświetlania użyto lamp średniej miękkości, a naświetlano pięć razy po sześć minut, w celu usunięcia włosów, całą owłosioną część głowy, aby nie pominąć żadnego miejsca chorego. Po pierwszych 10 dniach nastąpił odczyn w postaci lekkiego rumienia, po następnych 10 dniach wypadły wszystkie włosy z wyjątkiem małego nie naświetlanego miejsca na szczycie głowy, gdzie włosy okazały się zupełnie zdrowemi. Wynik jednak ostateczny tego sposobu leczenia był bardzo niepomyślny, gdyż wbrew oczekiwaniom włosy nie odrosły wcale, chociaż po słabem naświetlaniu, jakiego w tym przypadku użyto, zawsze po wypadnięciu włosów następuje silniejszy i obfitszy porost włosów. Wobec tego ostrzega autor przed naświetlaniem całej głowy przy łysinie plackowatej; naświetlanie należy ograniczyć tylko do miejsc, pozbawionych włosów, resztę zaś skóry owłosionej chronić przed działaniem promieni zapomocą przykrycia blachą ołowianą. *Stopczański.*

Doc. Šamberger. **Trądziki gruźlicze** (*Tuberculid acneiformis*). (*Čas. lek. česk.* Nr 13, 1906). Po dziś dzień co do niektórych zmian skóry istnieją wątpliwości, czy są natury gruźliczej. Pierwowzorem takich zmian są t. zw. gruźlicze trądziki skóry. Nazwy *»tuberkulid«* używają Francuzi dla tych zmian skóry, które wywołane zostały przez toksyny prątka gruźliczego, usadowionego gdzieś indziej w ustroju. Nazwa ta oznacza to samo, co nazwy *toxidtuberkulid* lub też *parabacillide*. Autor rozróżnia dwa gatunki zmian: 1) takie, które z gruźlicą nie mają nic wspólnego prócz tego, że pojawiają się u ludzi, gruźlicą płuc dotkniętych, 2) zmiany istotnie gruźlicze, prątkowe lub toksynowe. Do tej kategoryi należy liszaj zołzowy (*lichen scroph.*) i t. zw. gruźlicze trądziki skóry. Teoryi toksynowej nie rokuje autor długiego trwania, do niej bowiem uciekano się tam, gdzie nie zdołano znaleźć prątka gruźliczego. Niełatwo atoli dowieść, że niektóre zmiany istotnie wywołane zostały przez same prątki Kocha. Dla stwierdzenia tego wymaga Jadassohn następujących dowodów: 1) istnienia prątków gruźliczych w wytworach chorobowych, 2) możności wywołania tymi wytworami gruźlicy u zwierząt do tego podatnych, 3) znamiennej budowy histologicznej, 4) znamiennych cech klinicznych i przebiegu choroby, 5) kombinacyi z innemi sprawami, napewno gruźliczemi obok obciążenia dziedzicznego, 6) dodatniego

odczynu tuberkulinowego. Żądania te idą jednak zbyt daleko. Tak jak nie zawsze można wykryć prątki gruźlicze, tak też i budowa histologiczna nie zawsze jest cechą pewną, ponieważ przy zmianach skórnych nie zawsze dochodzi do wytworzenia się typowych gruzełków prosówkowych. Raczej należałoby tu oprzeć się na zapatrywaniu Unny w kierunku t. zw. gruźliczego plasmonu. Dowód, że trądziki gruźlicze, (nie wliczając *acnitis* Barthélemyego, który sam jej nie zalicza do zmian gruźliczych), są prątkowemi schorzeniami skóry, powiódł się prócz *foliclis*. Pod nazwą tą opisał Barthélemy zmiany, pojawiające się po stronie mm. prostujących przedramienia, rąk i palców, w postaci stwardniałych guzków w skórze, oraz w tkance podskórnej, które następnie w środku obumierają i rozpadają się. Autor zastanawia się dalej nad pytaniem, czy do grupy gruźliczych trądzików skóry można także zaliczyć *acne telangiectodes* Kaposiego i czy ten rodzaj trądzika jest identyczny z *lupus follicularis disseminans* Foxa, czy zatem jest zmianą, wywołaną przez prątki gruźlicze, czy też zmianą innego pochodzenia. Finger udowadnia identyczność obu chorób, Schlossberg-Pick zaś twierdzi przeciwnie. Spór nie jest dotąd rozstrzygnięty, autor atoli skłania się do zapatrywania Fingera, że *acne telangiectodes* Kaposiego nie jest w gruncie rzeczy niczem innem, jak *lupus follicularis disseminans* Foxa, przyznaje atoli, że istnieją pewne różnice tak co do obrazu klinicznego, jak co do budowy histologicznej, zależne od różnej jadowitości prątków. — Dowodu istnienia prątków gruźliczych nie dostarczono dotąd wprawdzie we wszystkich postaciach t. zw. gruźliczych trądzików, ale też nie udowodniono nic przeciwnego, nie popełnimy zatem błędu, jeżeli je zaliczymy wszystkie do zmian gruźliczych. *Sch.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

IX posiedzenie naukowe dnia 27 kwietnia 1906.

Przewodniczy kol. Stachiewicz, protokołuje kol. W. Ziembicki. Obecnych 60 członków i 1 gość.

Przewodniczący zawiadamia o przyjęciu nowych członków, którymi są kol.: Leon Feuerstein, S. Meisels, Bronisław Owczarski, Antoni Sabatowski. Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

I. Kol. L. Feuerstein przedstawia 27-letniego mężczyznę, który zgłosił się do polikliniki na oddział kiłowy dra Tatarczucha, z dolegliwościami w gardle, podając, że przed paru tygodniami przebył wrzód weneryczny na prąciu. Jak chory podaje, co do rozpoznania tego wrzodu zachodziły pewne wątpliwości, tak że polecono mu dalej zwracać na stan swój uwagę i po wystąpieniu jakichkolwiek podejrzanych objawów poddać się oględzinom lekarskim, co też uczynił. Okazało się, że zmiany w gardle są jednak **liszajem płaskim** (*lichen ruber planus*). Szczególniej typowo wystąpił on na błonie śluzowej policzków. Tu i owdzie widoczny też jest na skórze ciała. Prelegent podnosi ważność znajomości zmian, właściwych tej chorobie, co, jak w tym przypadku, może uchronić od fałszywego rozpoznania.

II. Kol. Nowicki omawia ze stanowiska anatomiczno-patologicznego przypadek z oddziału chirurgicznego szpitala powszechnego we Lwowie, gdzie u osoby 43-letniej w trzecim tygodniu **po prostem złamaniu kostki** (*fractura simplex malleoli interni sin.*) nastąpiła nagła śmierć. Przy sekcyi znaleziono odłamki zupełnie nie zrastające się, w częściach miękkich prócz lekkiego obrzęku stopy i goleni żadnych zmian nie było, w powierzchownej siatce żył goleni skrzepy za życia powstałe, wreszcie **w tętnicy płucnej skrzep,** za życia powstały, **zamykający zupełnie jej światło,** i wystający wypukłą powierzchnią ku komorze prawej. Prelegent sądzi, że powodem tego znacznego zatoru były skrzepy w żyłach goleni, odrywające się i tworzące zator jednej z większych gałązek tętnicy płucnej, poczem wskutek następowych skrzepów przyszło do zupełnego zamknięcia tej tętnicy. Przyczyną skrzepów w żyłach goleni (żylaków nie było) mógłby być, zdaniem prelegenta, ucisk od opatrunku. (Okazanie preparatów).

Dyskusya. Kol. prof. Ziembicki stwierdza, że nagła śmierć wskutek zaczopowania tętnicy płucnej po złamaniach, i to zwłaszcza po złamaniach, jak w opisanym przypadku, w okolicy kostki, jest rzeczą znaną. Sprawę opisał najpierw Virchow (1846), następnie Velpeau (1862) zaznajomił z nią chirurgów, a wreszcie Bruns (1886) zestawił 37 podobnych przypadków. Mowca zna z własnego doświadczenia 4 przypadki. Pierwszy z nich zdarzył się u prof. Tillaux w Paryżu (1874): kobieta, w 4 tygodnie po złamaniu powyżej kostki, zmarła nagle przy zmianie opatrunku. W drugim przypadku mężczyzna dorosły, w 6 tygodni po prostem złamaniu powyżej kostki, wstając po zdjęciu gipsu, nagle skonał. Trzeci przypadek dotyczył 50-letniej otyłej kobiety, która również w parę tygodni po podobnem złamaniu zmarła nagle, leżąc z nogą w opatrunku gipsowym. Ostatni wreszcie przypadek, przedstawiony przez kol. N., należy do tej samej kategoryi. Zmarła zgłosiła się była w drugim dniu po złamaniu na oddział chirurgiczny. Z powodu dość silnego obrzęku trzymano kończynę zrazu na bucie. Siódmego dnia założono gips nieeyrkularny, lecz szynowy, metodą francuską, z pozostawieniem wolnych szczelin, tak, że o jakimś znaczniejszym ucisku od opatrunku nie mogło być mowy. Po dwóch tygodniach zupełnie prawidłowego przebiegu chora nagle posiniała i zmarła (w łóżku). — Jakkolwiek najczęściej są to złamania w okolicy kostki, miał prof. Tillaux przypadek nagłej śmierci po pęknięciu rzepki, a opisano też przypadki, w których nagła śmierć nastąpiła po silnem uderzeniu (kontuzyi). Faktem jest, że w razach tych sekcya stwierdza zaczopowania tętnicy płucnej. Tłómaczono to wpływem urazu; następnie wielkością krwiaka; uciskiem powięzi, które na goleni silnie mogą ugniatać naczynia, zwłaszcza wobec obrzęku; wreszcie w danym razie żylakami, ułatwiającemi zaczopowanie żylne. Mowca podnosi wielką ważność znajomości podobnych przypadków w praktyce. Nie należy o nich zapominać przy rokowaniu wobec rodziny chorego, jakoteż w danym razie wobec sądu. W końcu zwraca mowca uwagę, że zaczopowania mniejszego stopnia mogą prowadzić do powstawania zawałów krwotocznych w płucu, co zdarzyło mu się spostrzegać w ostatnich dniach u pewnej chorej.

Kol. prof. Barącz podkreśla rzadkość podobnych spostrzeżeń i dlatego przestrzeganie rodziny chorego uważałby za zbyteczne.

Kol. Leńko przypomina sobie chorą, która w piątym tygodniu po złamaniu w okolicy kostki nagle zmarła po krótkotrwałem krwiopłuciu. Był to prawdopodobnie przypadek podobny.

III. Kol. Leńko przedstawia preparat z przypadku zupełnego **wierzchniactwa** (*epispadiasis*) i **wynicowania pęcherza** u dziecka 3-letniego, operowanego doszczętnie w dn. 21 IV br. Z trzech głównych grup sposobów doszczętnego leczenia wynicowania pęcherza moczowego, a mianowicie: 1) bezpośredniego połączenia brzegów pęcherza i zabiegów chirurgicznych pomocniczych; 2) plastycznych operacyi z użyciem skóry, zapożyczonej błony śluzowej lub surowiczej, 3) odwodzenia moczu od pęcherza (*derivatio*) — wybrał prelegent z ostatniej grupy sposób Maydla, jako mogący w najkrótszym czasie i przy najmniejszem narażeniu sił dziecka dać korzystny wynik. Dziecko zmarło jednak w 24 godzin po operacyi. Sekcya nie wykryła właściwej przyczyny śmierci. Narządy wewnętrzne były niedokrwiste. W okolicy szwów nigdzie nie znaleziono ropy. Bądźcobądź prelegent postanawia na przyszłość sposobem tym operować dopiero 6- do 10-letnie dzieci, jak to radzą niektórzy autorowie.

Dyskusya. Kol. prof. Barącz zaznacza, że sposób Maydla ma swoje złe strony. Są niemi możliwość zakażenia otrzewnej i łatwo wystąpić mogące zakażenie dróg moczowych. Mowca zwraca uwagę na udoskonalenie tej metody przez Petersa (Kanada) w r. 1901. Jego myślą przewodnią było uniknięcie otwarcia otrzewnej. Wszczepia on więc moczowody, każdy z osobna, wraz z otaczającą je tkanką wprost do odbytnicy, do czego otwarcie otrzewnej jest niepotrzebne. Przez wszycie zaś moczowodów w ten sposób, żeby końce ich, wprowadzone do odbytnicy, sterczały w niej na jeden i pół cm., zmniejsza niebezpieczeństwo wstecznego zakażenia dróg moczowych. Zdaniem kol. B. należałoby nadal operować tylko tym sposobem.

Kol. Leńko, stwierdzając, że sposób Maydla cieszy się największą statystyką, uważa go w przypadkach podobnych, jak przedstawiony, za najlepszy.

IV. Kol. Gittelmacher-Wilenko przedstawia wyniki doświadczeń, wykonanych na II oddz. wewn. szpitala powsz. we Lwowie, przez prof. Wiczkowskiego, kol. M. Selzera i prelegenta, a zmierzających do **wyzyskania odczynów precypitynowych dla celów klinicznych.** W pierwszej seryi badań, tyczących się chorych, dotkniętych cierpieniami żołądkowemi, stwierdzono, że przy zmianach nowotworowych białko pokarmowe w 50 prc. przypadków przechodzi do krwi, biochemicznie niezmienione.

W innych chorobach żołądka nie można było tego stwierdzić. Związek pomiędzy kwaśnością treści żołądkowej a przechodzeniem pokarmowego białka do krwi nie da się wykazać. Druga serya badań polegała na podawaniu lawatyw odżywczych. W 75 prc. przypadków zostało białko pod względem biochemicznym zupełnie przyswojone. Te wyniki dowodzą, że wbrew dotychczasowym przypuszczeniom kwas solny i pepsyna nie są jedynym środkiem, zapomocą którego ustrój broni się przed wtargnięciem biologicznie obcego białka do krwi. Dotychczasowe wyniki pracy (mającej być nadal prowadzoną) streszczają się w następujących zdaniach: 1) przy nowotworowych zmianach żołądka można często stwierdzić we krwi białko pokarmowe, biochemicznie niezmienione; 2) pepsyna i kwas solny nie są jedynym czynnikiem, pozbawiającym białka pokarmowe ich cech swoistych; 3) białko jaja kurzego łatwiej przechodzi niezmienione do krwi, niż kazeina; 4) lawatywami odżywczemi nie narażamy ustroju na dostawanie się do krwi białka ustrojowi obcego.

Dyskusya. Kol. prof. Beck nie dziwi się wnioskowi, do jakiego przyszedł prelegent, że kwas solny i pepsyna nie są jedynymi środkami, z których pomocą ustrój radzi sobie z wprowadzonem białkiem, jest bowiem rzeczą wiadomą, jak ważna rola przypada w trawieniu białka trypsynie, i jak ważne znaczenie ma w tej zawiłej sprawie ściana jelitowa. Sokowi żołądkowemu nie należy tedy przypisywać zbyt wielkiej wagi. Jeśli mimo braku prawidłowego soku żołądkowego uległo białko rozszczepieniu, to równie dobrze mogło się to stać dzięki trypsynie, jak na odwrót, pojawienie się tego białka we krwi mogło być wynikiem schorzenia lub nieczynności trzustki, której wydzielanie (a zwłaszcza wydzielanie trypsyny) odbywa się prawidłowo tylko pod warunkiem, że prawidłowy sok żołądkowy (kwaśny) styka się z dwunastnicą (jak wykazały doświadczenia Pawłowa, a głównie Popielskiego). Wogóle zaś — podkreśla mowca — w wysnuwaniu wniosków ogólnego znaczenia dla fizyologii ze spostrzeżeń, poczynionych na chorych, należy być bardzo ostrożnym, a przedewszystkiem należy się starać o stwierdzenie ich drogą doświadczalną na osobnikach zdrowych i zwierzętach, co i w dalszej pracy prelegenta jest wskazanem.

Kol. Marischler znajduje podobieństwo między pojawieniem się białka pokarmowego we krwi w przypadkach prelegenta, a t. zw. peptonuryą pokarmową, t. j. pojawianiem się w moczu peptonu, podanego wewnętrznie, w przypadkach owrzodzeń przewodu pokarmowego. Być może, że chorzy prelegenta, u których dawało się we krwi wykazać białko pokarmowe, mieli takie owrzodzenia (*ulcus, carcinoma*). Radziłby więc, żeby w tym kierunku poczynić dalsze badania.

Kol. Moraczewski nazywa metodę, użytą przez prelegenta, nieścisłą, a kapryśną; do uzyskania pewniejszych wniosków wymagałby wielkiej ilości spostrzeżeń.

Kol. prof. Wiczkowski podnosi, że właściwym celem doświadczeń, z których zdawał sprawę prelegent w imieniu swojem, kol. M. Selzera i mowcy, było wyzyskanie odczynu precypitynowego, jako odczynnika na białko do celów klinicznych, i rozstrzygnięcie pytania, czy pewne stany chorobowe, dotąd ciemne, nie dałyby się wytłómaczyć dostawaniem się do ustroju obcego białka. Zachętą ku temu były dotychczasowe prace licznych autorów. Tak n. p. zobojętniano kwas żołądkowy zapomocą dwuwęglanu sodowego, poczem znajdowano we krwi precypityny na spożyte białko kurze. Za pomocą odczynu precypitynowego wykrywano we krwi białka, właściwe bróżdogłowcowi szerokiemu (*bothriocephalus latus*), czemby się tłómaczyło zatrucie ustroju białkami, a w następstwie tego niedokrwistość złośliwa. Liepman wywoływał precypityny na białka łożyskowe, korzystając z doświadczeń, dowodzących, że białka kosmków łożyskowych przedostają się do krwi i mogą być przyczyną drgawek porodowych. Może i w mocznicy białka, obce ustrojowi, miałyby znaczenie przyczynowe. Będzie więc rzeczą dalszych badań śledzić losy i znaczenie dla ustroju białka, wprowadzonego jako pokarm, a stającego się dzięki wadliwemu działaniu błony śluzowej przewodu pokarmowego trucizną.

Kol. Gittelmacher-Wilenko oznajmia, że w badaniach swych dlatego nie zwracał uwagi na trypsynę, bo, jak dowiodły doświadczenia *in vitro* (Oppenheimer i Michaelis), trypsyna pomimo energicznego trawienia białka nie atakuje grup, stanowiących o odrębności biologicznej białek.

V. Kol. Damański zdał sprawę ze swych badań nad **działaniem wody iwonickiej w miażdżycy tętnic** (z oddz. wewn. II. szpit. powsz. we Lwowie). Dziesięciu chorym podawał prelegent przez szereg dni wodę iwonicką jużto łyżkami, jużto szklankami (do 8 szklanek dziennie), oznaczając ciśnienie tętnicze w czasie tego i przedtem zapomocą przyrządu Riva-Rocciego. Przekonał się, że w dwie godziny po wypiciu wody ciśnienie się podnosi, w pięć godzin po wypiciu wraca do wysokości pierwotnej, co potwierdza prace Strickera i Friedricha, dowodzące, że po wypiciu wody mineralnej ciśnienie podnosi się w pierwszej godzinie i utrzymuje się parę godzin. Prelegent przekonał się, że głównym czynnikiem, wpływającym na ciśnienie tętnicze, jest ilość wody, do ustroju wprowadzonej. Z faktem tym należy się tedy liczyć stosownie do stopnia rozwoju miażdżycy. Ostateczny wniosek, jaki wysnuwa z swej pracy, brzmi: Do leczenia w zdrojowiskach w jod obfitujących (Iwonicz) nadają się chorzy na miażdżycę tętnic i to w pierwszym okresie chorobowym, kiedy zależy na wzmożeniu ciśnienia tętniczego (Erlenmayer). W późniejszych okresach miażdżycy powinna być woda jodowa podawaną tylko przy nadzorowaniu parcia tętniczego.

W dyskusyi kol. Pisek zwraca uwagę prelegenta na pracę Dunina z Warszawy, który na podstawie wielkiego materyału wykazuje błędność wielu utartych zapatrywań na parcie krwi w miażdżycy. Nawiązując do wzmianki prelegenta o Erlenmayerze, który twierdzi, że wzmożone ciśnienie w miażdżycy ma do pewnego stopnia znaczenie lecznicze, gdyż zapobiega zamykaniu się najdrobniejszych tętniczek, przypomina kol. P. zasadę Krehla, że u chorych na miażdżycę nie powinno się parcia obniżać. Dzięki temu leczenie tej choroby weszło w nową fazę. Co do doświadczeń prelegenta, rozporządzającego zresztą, jak dotąd, zbyt skromnym materyałem, to, zdaniem mowcy, nie przemawiają one ani na korzyść wód jodowych, ani przeciw temu. Nie zawartość jodu bowiem, ale ilość wody wpływa tu na podwyższenie parcia krwi. Wartości zaś jodu w tych razach dowiodły dopiero badania lepkości krwi (*viscositas*). W postępowaniu leczniczem kieruje się kol. Pisek następującemi zasadami: w miażdżycy o małem parciu podaje według Eulenburga solanki dla podwyższenia parcia krwi; w przypadkach o miernem parciu uważa za wskazany jod (Iwonicz); przy parciu znacznie podwyższonem niewiele można zdziałać. Jod jest wówczas przeciwwskazany. Kol. Pisek ucieka się wtedy do upustów krwi. Do oceniania wysokości parcia używa kol. P. przyrządu Gärtnera.

Sekretarz: *W. Ziembicki.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

O kasach majsterskich, oraz zarejestrowanych kasach zapomogowych.

Zbiór ustaw, rozporządzeń i innych przepisów w sprawach przemysłowych (Compendium der auf das Gewerbewesen bezugnehmenden Gesetze, Verordnungen und sonstigen Vorschriften«[1]) wydany przez Belę bar. Weigelsperga, szefa sekcyi w ministerstwie handlu, zawiera na str. 243 t. zw. statut wzorowy dla kas majsterskich, który to statut ułożono w tym celu, aby służył za podstawę chcącym kiedykolwiek ułożyć statuty dla kasy chorych majsterskiej. W tekście tego wzorowego statutu znajdujemy dość częste klamry, które wedle załączonych objaśnień mają oznaczać, że słowa w klamrach zawarte można wedle danych okoliczności albo pozostawić w układanym statucie, albo skreślić, albo też i zmienić.

§ 1 tego statutu mówi o celu instytucyi i brzmi:

»Kasa chorych (majsterska) ma na celu wspieranie swych »członków na przypadek przemijającej niezdolności zarobkowa»nia, spowodowanej chorobą i to przez udzielanie zasiłków pie»niężnych (Krankengeld)« — a w klamrach czytamy: [»a nadto »przez udzielanie pomocy lekarskiej i leków na koszt kasy. Nadto »wypłaca kasa w razie śmierci członka koszta pogrzebowe«].

Już z wyraźnego brzmienia § 1 wynika, że każda utworzona kasa majsterska musi wspierać zasiłkami pieniężnymi swoich chorych i do pracy niezdolnych członków, jednak pomocy lekarskiej i leków, a nawet i kosztów pogrzebowych wcale nie jest obowiązana dawać. Słowa, tyczące się pomocy lekarskiej, leków i kosztów pogrzebowych mogą być zaraz przy układaniu statutu z § 1 wykreślone.

[1]) Wien 1897. Manz'sche k. u k. Hof-, Verlags- und Universitäts-Buchhandlung, I Kohlmarkt 20.

§ 6 określa prawa, jakie mają członkowie kas majsterskich i zaraz pierwsze zdanie tego paragrafu znajdujemy w klamrach, co znaczy, że może być zupełnie wykreślone. Zdanie to brzmi: »Członkowie kasy mają od samego początku płacenia wkładek do kasy prawo do bezpłatnej pomocy lekarskiej i do bezpłatnego otrzymywania leków«.

Cały § 7 znowu znajdujemy w klamrach, bo tyczy się świadczeń kasy tylko na ten wypadek, gdyby kasa chciała swoim członkom zapewnić pomoc lekarską, leki i koszta pogrzebowe.

§ 9 mówi o prowadzeniu ksiąg i zamknięciu rachunkowem i tam znowu w dziale wydatków objęte są klamrami słowa: »wydatki na leki, koszta leczenia szpitalnego i zapłacone koszta pogrzebowe«.

Jednem słowem mogą istnieć kasy majsterskie i nie dotykać zupełnie interesów stanu lekarskiego, bo mogą dawać swoim chorym członkom tylko zasiłki pieniężne, albo zasiłki pieniężne i za darmo leki, albo zasiłki pieniężne, leki i koszta pogrzebowe, albo wreszcie tylko zasiłki i koszta pogrzebowe, a nawet leków nie dawać. Jednak, jak dotychczasowe doświadczenie uczy (Wiedeń), kasom chodzi także i o leczenie bezpłatne, a ta sprawa wnika głęboko w interesa całego zawodu lekarskiego, bo zabiera praktyce prywatnej lekarzy wielkie bardzo grono ludzi, którzy dotąd, lecząc się, lekarzy płacili, a przeważnie nawet wcale przyzwoicie go płacić mogli. Jeżeli lekarze dotąd ułatwiali władzom zadanie w sprawach kas chorych dla robotników, to czynili to z poczucia ludzkości, bo chcieli służyć najgorzej finansowo sytuowanej warstwie społecznej, która, jak długo kas nie było, niejednokrotnie nawet wcale się nie leczyła; tutaj działali lekarze nawet wbrew własnym interesom, które, jak się z latami okazało, doznały znacznie większego uszczerbku, niż to sobie lekarze z początku w swej filantropijnej gorączce wyobrażali. Jednak wspierać ludzi zamożnych z własną szkodą, leczyć za marne wynagrodzenie nieraz bogatych majstrów, nie widzą lekarze żadnej potrzeby i dlatego podejmują w tej sprawie walkę przeciw wszelkim usiłowaniom, mającym na celu powołanie do życia kas dla majstrów.

Osobnej ustawy, powołującej do życia specyalne instytucye kas chorych majsterskich nie ma; opierają się one na ustawie z 16 lipca 1892 Dz. p. p. Nr 202, tyczącej się zarejestrowanych kas zapomogowych (registrierte Hilfskassen). Zarejestrowaną kasę zapomogową założyć może każde stowarzyszenie, na wzajemności oparte, a mające na celu zabezpieczenie swych członków, byle się postarało u władzy o wpisanie w rejestr kas zapomogowych i tą drogą uzyskało specyalne prawa. Taka zapomogowa kasa może ubezpieczać swych członków w różnych kierunkach, przedewszystkiem na wypadek choroby. Członkiem zwyczajnym takiej kasy może zostać każdy, kto po opłaceniu wkładek chce uzyskać prawo do statutem zapewnionych świadczeń. W niektórych kasach członkiem może zostać tylko ten, kto jest członkiem innego stowarzyszenia, ale wtedy obowiązek ten odnosi się do wszystkich członków kasy. Jako przykład przytoczyć można krakowską kasę chorych dla katolickiej młodzieży handlowej. Ubezpieczać w niej może swój personal tylko taki kupiec, który należy do t. zw. gremium kupieckiego. Jest to stowarzyszenie katolickich kupców krakowskich. Kupiec zatem krakowski, który do gremium kupieckiego nie należy, w kasie tej personalu swego ubezpieczyć nie może — musi przedtem stać się członkiem gremium. Jednakże kasy zapomogowe nie koniecznie muszą czynić zależnem przyjęcie w swe grono od tego, czy ktoś należy do jakiegoś innego stowarzyszenia.

Kasy zapomogowe mogą swym członkom w chorobie dawać (§ 17 powyż. ustawy) zasiłki, pomoc lekarską, leki, płacić za nich szpital, jakoteż dostarczać wszelkich odpowiednich środków do ulżenia cielesnych cierpień. Krewni członków — ustawa w tem miejscu mówi o »Angehörige«, nawet nie »Verwandte«, co także jest bardzo elastycznem pojęciem — mogą, o ile sami nie są członkami kasy, mieć w chorobie za darmo lekarza i leki, bo lekarz i tak już jest, niech więc służy krewnym członków, nie kosztując więcej.

Otóż na mocy tej ustawy o zarejestrowanych kasach zapomogowych mogą założyć sobie majstrowie jakiegoś zawodu, n. p. majstrowie malarscy, albo i kilka zawodów razem, n. p. malarscy, krawieccy i szewscy kasę, którą będziemy nazywali kasą majstrów n. p. malarskich, albo n. p. malarskich, krawieckich i szewskich. Musi tylko dany zawód czyli korporacya na walnem zgromadzeniu majstrów uchwalić założenie kasy, lub przystąpienie do jakiejś już istniejącej kasy zapomogowej, ale wtedy wszyscy majstrowie już będą musieli korporatywnie do tej kasy przystąpić.

Jest więc ta różnica między zwykłą kasą zapomogową zarejestrowaną a kasą majsterską, opierającą się na tej samej ustawie, że tam członkowie mogą należeć, ale nie muszą, natomiast majstrowie jako korporacya (Genossenschaft), raz kasę otworzywszy, muszą do niej należeć wszyscy.

Bardzo wyraźnie i niedwuznacznie brzmią w tym względzie przepisy ustawy. I tak n. p. orzeczenie trybunału administr. z 9 listopada 1900, L. 6764, B. 14.765 (obacz: Amtliche Nachrichten 1901, str. 16) tak wyraźnie powiada: »Statut zarejestrowanej kasy zapomogowej nie może nigdy przepisywać przymusowej przynależności do tej kasy, pominąwszy naturalnie wypadki korporatywnego przystępowania do tych kas przez stowarzyszenia przemysłowe (§ 121 ustawy przemysłowej z r. 1883)«. Orzeczenie trybunału administracyjnego z dnia 6 lutego 1892, L. 425, B. 6415 (Amtliche Nachrichten 1900, str. 165) powiada, że stosownie do § 121 ustawy przemysłowej tylko stowarzyszenie przemysłowe jako takie może przystępować do istniejącej już kasy chorych, nie zaś pojedynczy jego członkowie.

Kasy majsterskie istnieją dotąd wyłącznie w Wiedniu, a istnieją dopiero od siedmiu lat. Kiedy je majstrowie wiedeńscy postanowili potworzyć, zajęła się tą sprawą Izba lekarska wiedeńska, słusznie przewidując w kasach majsterskich groźne niebezpieczeństwo dla całego stanu lekarskiego. Kiedy nie udało się osiągnąć tego, by kasy majsterskie członków swoich tak ubezpieczyły, żeby z tego nie wynikła szkoda dla całego stanu lekarskiego, bo kasy postanowiły świadczyć swoim chorym członkom także i bezpłatną pomoc lekarską w chorobie, wtedy zajęli się tą sprawą lekarze wiedeńscy sami, bo Izba nie mogła wzbronić swym członkom przyjmowania posad w instytucyi, opierającej się na prawie. Sprawą tą jednak pokierowano w ten sposób, że lekarze wiedeńscy zwołali wiec, na którym uchwalili, że przyjęcie posady w j a k i e j k o l w i e k p o s t a c i, nawet w postaci »wolnego wyboru lekarzy«, w kasie majsterskiej jest niegodne lekarza, że się sprzeciwia godności zawodowej. I wtedy Izba, w y k o n u j ą c u c h w a ł ę w i e c u, zażądała od poszczególnych lekarzy zobowiązania się pod słowem honoru, że posady w kasie majsterskiej nie przyjmą, a tych lekarzy, którzy mimo zobowiązania się później posady takie poprzyjmowali, pozywała o złamanie słowa honoru. Jednakże tym kolegom, którzy słowa nie dali i posady przyjęli, Izba nic nie mogła i nie może zrobić. To już należy do organizacyi.

Przy tej sposobności należy dla dokładności wspomnieć, że przed dwoma laty powstały w Wiedniu dwie kasy zarejestrowane zapomogowe, a że to są takie instytucye, które m o g ą istnieć, ale n i e m u s z ą, więc przeciw nim już Izba sama wystąpiła i zabroniła przyjmować posad w tych kasach lekarzom, orzekła, że to nie godzi się z honorem lekarza i że dlatego będzie lekarzy, którzyby posady w tych kasach zarejestrowanych przyjęli, karać. Mimo to znalazło się ośmiu lekarzy, którzy posady przyjęli, a od orzeczenia karnego Izby odwołali się do Namiestnictwa. Namiestnictwo nie zgodziło się na zapatrywanie Izby i zniosło orzeczenie Izby, upatrując w niem dlatego bezprawie, że przeszkadza obywatelom spełnić to, na co zezwala ustawa. Ustawa bowiem pozwala tworzyć zarejestrowane kasy zapomogowe, a orzeczenie Izby uniemożliwia ich istnienie. Wśród tej walki z Namiestnictwem już dwa razy składała Izba wiedeńska swoje mandaty, a ministeryum, do którego się Izba odwołała, dotąd rekursu nie załatwiło. Sprawa jest więc jeszcze wciąż nie rozstrzygnięta.

Kasy majsterskie o tyle się różnią od zarejestrowanych zapomogowych, że one właściwie są instytucyą, wymaganą przez ustawę i to przez tę ustawę z r. 1883, ustawę przemysłową, która powołała do życia stowarzyszenia przemysłowe, zalecając im staranie się o pomoc dla swych członków w chorobie. Ustawę tę wprawdzie na papierze jeszcze w r. 1883 wydrukowano, ale nigdy władze nie przestrzegały jej w tym kierunku, by stowarzyszenia przemysłowe przynaglać do tworzenia jakichś kas zapomogowych na przypadek choroby. Dopiero przed siedmiu laty przypomnieli sobie majstrowie wiedeńscy, że im ustawa każe tworzyć kasy chorych i dlatego to właśnie, że ściśle rzecz biorąc ustawa istotnie wymaga tworzenia kas chorych od stowarzyszeń przemysłowych, Izby lekarskie nie mogły *de jure* przeciw nim występować.

Bardzo łatwo być może, że za przykładem Wiednia pójść zechcą kiedy stowarzyszenia przemysłowe (majsterskie) i innych miast monarchii, bardzo być może, że duch organizacyjny, coraz szersze masy przenikający, zechce wciąż tworzyć nowe kasy zarejestrowane — i dlatego to lekarze zawczasu wiedzieć powinni, co to są za instytucye, które im posady może kiedy zaofiarują.

Zdaje nam się więc, że jedyną drogą, wiodącą do celu, jest objaśnianie kolegów, czem są kasy majsterskie, czem kasy zarejestrowane, że tak jedne, jak i drugie głęboko wnikają w interesy całego stanu lekarskiego i że dlatego przyjmowanie w nich posad przez kolegów jest zbrodnią, popełnioną wobec całego zawodu. Proszę zważyć, że do kas majsterskich należą majstrowie, a więc w ogromnej większości ludzie, napewno mogący płacić za pomoc lekarską; o ileby zaś między majstrami znajdowali się ludzie finansowo podupadli, to niechaj ich koledzy zawodowi wspierają, ale ze swojej, nie lekarza kieszeni. Zresztą kasy majsterskie mogą być tak urządzone, żeby lekarzom nie szkodziły, mogą ubezpieczać swych członków tylko na t. zw. zasiłek czyli wsparcie pieniężne w chorobie; niechby ten zasiłek był większy, a niech sobie majster sam opłaca lekarza. A jeżeli majstrowie twierdzą, że chcą tworzyć kasy właśnie dla swych podupadłych kolegów, to niech je utworzą (ale tylko do wypłacania zasiłków), ale niechaj sami, o ile są bogaci, z nich nie korzystają — a wtedy będą zasiłki dla chorych tak wielkie, że na pewno bez uszczerbku będą mogli biedni majstrowie płacić lekarzy i jeszcze może lepiej na tem wyjdą. Każdy uczciwy człowiek musi się na to zgodzić, że bogaty majster nie może żądać od lekarza porady za kilka centów.

Lekarzom należy w sprawie kas zarejestrowanych zwracać na to wyraźnie uwagę, że one już istnieć wcale nie muszą, ale tylko mogą, i że przyjmować mogą na członków ludzi nawet i najbogatszych. Dlatego powinni lekarze, przyjmujący posady w takich kasach, być napiętnowani. Proszę sobie uprzytomnić, że kasę zapomogową zarejestrowaną może sobie urządzić każde stowarzyszenie, n. p. każde bractwo kościelne, do którego mogą należeć ludzie, wyznający jeden obrządek, ale do którego mogą należeć i najbogatsi bankierzy i kupcy.

Przecie chyba w takich kasach chorych, tem bardziej, że one nie muszą istnieć, nie powinni lekarze, strzegący zarówno swego honoru, jak i interesu materyalnego, przyjmować posady.

A kiedy będziemy mieli uświadomionych kolegów, to w danym razie nie tak trudno będzie skłonić ich nie groźbą, ale życzliwą radą do zobowiązania się, że posad ani w majsterskich, ani w zarejestrowanych kasach nigdy nie przyjmą. I zdaje mi się, że byłoby na czasie, żeby przedewszystkiem organizacye lekarzy już zaczęły w tym kierunku działanie i żeby zbierały od wszystkich kolegów takie zobowiązania na piśmie teraz, kiedy mamy na to sporo czasu. Gromochrony powinniśmy budować przed burzą; kiedy się zaczną na horyzoncie pokazywać groźne chmury, wtedy już może być za późno. *S.*

Ankieta w sprawie zdrojowisk galicyjskich, zwołana wskutek uchwały Sejmu przez Wydział krajowy, odbyła się we Lwowie 7 i 8 maja b. r. pod przewodnictwem członka Wydziału p. Onyszkiewicza. W ankiecie uczestniczyli: członek Wydziału krajowego dr Wereszczyński, kraj. inspektor szpitali dr Łuszczkiewicz i sekretarz Wydziału kraj. Bronisław Schworm; ze strony Namiestnictwa: protomedyk r. dw. dr Merunowicz i starosta Grodzki; z Towarz. lekarskiego we Lwowie prof. dr Mars; z politechniki prof. Syroczyński; z Akademii Umiejętności, jako właścicielki zakładu zdrojowego w Szczawnicy, prof. dr Browicz i prof. dr Marchlewski; z Tow. technicznego prof. Sikorski i inżynier Maślanka; jako delegaci Tow. balneologicznego w zastępstwie właścicieli zdrojowisk i lekarzy: bar. Brunicki, dr Cercha, dr Chramiec, dr Kaden, prof. dr Korczyński, dr Edward Krzyżanowski, p. Grabowski, dr Supiński, p. Mazurkiewicz, Jan hr. Potocki, dr Wąsowicz, dr Wróblewski.

Ankiecie przedłożono kwestyonaryusz, na podstawie którego obradowano co do: poparcia materyalnego zdrojowisk; ulg podatkowych i ulg w taryfach kolejowych; utworzenia subwencyonowanych składów wód mineralnych; utworzenia centralnego biura porady technicznej, oraz co do ułatwienia kredytu dla zdrojowisk w instytucyach finansowych.

Uchwalono rezolucye następujące:

Ankieta udaje się z usilną prośbą do Wydziału krajowego o objęcie w swą opiekę wszystkich zdrojowisk krajowych, jako nader ważnej gałęzi przemysłu krajowego, dotychczas sobie samemu pozostawionego. Opieka ta miałaby się rozciągać na dopilnowanie tego, aby wszystkie powołane czynniki w granicach istniejących ustaw wykonywały swe obowiązki, o ile one się odnoszą do zdrojowisk krajowych, a więc prosi ankieta o dopilnowanie ścisłego wykonywania ustawy drogowej, budowniczej, gminnej i t. d.

Nader ważną pomoc może Wydział krajowy udzielić zdrojowiskom przez rozszerzenie zakresu działania istniejącego przy Wydziale krajowym biura melioracyjnego na melioracye w zdrojowiskach i to w kierunku asanacyjnym i balneo-technicznym w myśl uchwały sejmowej z 1905 r.

Ankieta uprasza usilnie Wydział krajowy o popieranie interesów zdrojowisk wobec Sejmu, władz rządowych i autonomicznych, urzędów podatkowych, pocztowych, kolejowych i t. p.

Ponieważ zakłady kąpielowe są głównie przedsiębiorstwami przemysłowemi rozwijającemi się, a — według zdania ankiety — pewniejszemi od wielu innych przedsiębiorstw, cieszących się opieką i poparciem kraju, uważa ankieta za konieczne, by Sejm polecił Bankowi krajowemu uważać zdrojowiska za przedsiębiorstwa przemysłowe, zasługujące na udzielanie pożyczek, n. p. tak zwanych gotówkowych. — Niemniej uważa ankieta za niezbędnie potrzebną zmianę statutu Banku krajowego w tym kierunku, aby pożyczki hipoteczne w ścisłem słowa znaczeniu mogły być udzielane na realności w zdrojowiskach i to bądź murowane, bądź drewniane.

Ankieta wyraża zdanie, że trwałe osiągnięcie powyższych życzeń najlepiej dałoby się przeprowadzić przez utworzenie ciała doradczego przy Wydziale krajowym jako Rady zdrojowej, na wzór już istniejącej Rady kolejowej, przemysłowej i t. p. W skład tej Rady zdrojowej powinniby — zdaniem ankiety — wchodzić delegaci Wydziału krajowego, Namiestnictwa, Towarzystw lekarskich, balneologicznego i Towarzystw technicznych, oraz Związku zdrojowisk, gdyby taki był utworzony, a gdyby takiego Związku nie było, także delegat wybrany przez właścicieli zdrojowisk koncesyonowanych. Nadto uważa ankieta za niezbędne stworzenie organu stałego przy Wydziale krajowym, jako referenta spraw zdrojowych i wykonawcy uchwał Rady zdrojowej. Zdaniem ankiety najodpowiedniejszym referentem byłby lekarz.

W sprawie uregulowania stosunków prawnych w zdrojowiskach uważa ankieta przedewszystkiem za potrzebne, aby ustawa zdrojowa była więcej niż dotychczas ustawą ramową, w granicach której można nadać każdemu zdrojowisku statut, odpowiadający stosunkom miejscowym i właściwościom zdrojowiska (uzdrowiska).

Ankieta wyraża przekonanie, że lekarz zakładu kąpielowego lub klimatycznego, jako organ interesu publicznego, powinien mieć stanowisko o ile możności niezależne od czynników miejscowych, a statut, uwzględniając stosunki w poszczególnych zdrojowiskach, powinien zawierać bliższe postanowienia o sposobie mianowania, opłacania i odpowiedzialności dyscyplinarnej tegoż lekarza. Dla zapewnienia skutecznej działalności lekarza należałoby przyznać mu w sprawach sanitarnych, nie cierpiących zwłoki, prawo wydawania i wykonywania zarządzeń pod własną odpowiedzialnością. Czynniki powołane powinny być zniewolone do udzielenia lekarzowi w takich razach wszelkiego poparcia urzędowego. Rekurs wniesiony przeciw zarządzeniom lekarza zakładowego nie powinien wstrzymywać wykonania tego zarządzenia.

Ankieta wyraża dalej zapatrywanie, że komisyom zdrojowym należy zapewnić prawidłowe funkcyonowanie, po pierwsze przez odpowiedni dobór ich składu, a po drugie przez wprowadzenie do ustawy zdrojowej rygoru, n. p. możność rozwiązania komisyi, ustanowienie komisarza rządowego i t. p., analogicznie do postanowień ustawy gminnej z 1896 r.

W końcu wyraziła ankieta zdanie, że projekt zmiany §§ 6 i 7 ustawy zdrojowej, wypracowany i przedłożony Sejmowi w r. 1905, odpowiada rzeczywistej potrzebie i powinien być uchwalony (w paragrafach tych chodzi o ścisłe wykonywanie kontroli przez komisyę zdrojową, Wydział krajowy i Namiestnictwo nad funduszem kuracyjnym, taksami kuracyjnemi i za muzykę pobieranemi i t. p. W razie nieodpowiedniego zarządu funduszem kuracyjnym, może być, według projektu Wydziału krajowego, zarząd ten odebranym komisyi i powierzonym organowi, ustanowionemu przez Namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym).

Z obrad ankiety spisane zostało stenograficzne sprawozdanie, Wydział krajowy zatem prócz swych wniosków co do zmiany ustaw będzie mógł przedłożyć Sejmowi na najbliższej sesyi obfity materyał z dwudniowej dyskusyi, przeprowadzonej przez ankietę. *K.*

Miejskie biuro sanitarne w Rzeszowie wydało swe sprawozdanie za r. 1905, zestawione przez radcę san. dra Adama Zagórskiego i lekarza miejskiego dra Tellera. Wydanie tego sprawozdania zasługuje tem więcej na uznanie, że Rzeszów, liczący tylko 20,774 ludności, wyprzedził tu wiele miast większych i dał przykład, godny naśladowania. Sprawozdanie obej-

muje ruch ludności (śmiertelność w roku 1905 wynosiła 18‰). wraz ze sprawozdaniem o chorobach nagminnych i środkach ich zwalczania. Rzeszów zdobył się na szpitalik choleryczny i lokal izolacyjny, których gmina miasta Krakowa... nie posiada, wyręczając się szpitalem Bonifratrów i pawilonem dla chorych zakaźnych w krajowym szpitalu św. Łazarza. Na środki dezynfekcyjne wydał Rzeszów w r. 1905 wogóle przeszło 3500 koron, z czego gmina pokryła przeszło 1900 kor., a resztę mieszkańcy. W szpitalach rzeszowskich leczono 3557 chorych, w ambulatoryach 2265. Higieną szkół zajmowało się biuro sanitarne gorliwie; na początku roku szkolnego zbadano wszystkie dzieci szkolne i wydano odpowiednie zarządzenia; oprócz rozszerzenia i ulepszenia istniejących stawia Rzeszów nowy wzorowy budynek szkolny kosztem 180,000 koron Dalej podano szczegóły o działalności w zakresie higieny przemysłowej, nadzoru nad prostytucyą, w końcu o postępach asanacyi miasta, na którą zaciągnięto pożyczkę 900,000 koron. W toku jest budowa wodociągów, rozszerzono kanalizacyę, bruki i t. d. Wogóle, sądząc ze sprawozdania, może Rzeszów na polu sanitarnem przodować wielu miastom galicyjskim. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 6 do 12 maja 1906 r. doniesiono o nowych przypadkach: ospy 6 przypadków w 4 gminach, a mianowicie pow. Chrzanów (m. Chrzanów 3, Nieporasz 1, Libiąż wielki 1), p. Tarnów (m. Tarnów 1); duru plamistego 83 przypadków w 23 gminach, a mianowicie m. Lwów 1 (chory przewieziony z Jaryczowa nowego), w powiatach Bohorodczany (Jabłonka 1), Drohobycz (m. Drohobycz 1), Horodenka (Żuków 11, Piotrów 4), Jaworów (Zawadów 3, Olszanica 2, Świdnica 1, Gnojnice 5), Lwów pow. (Pikułowice 1), Nadwórna (Zielona 4), Rawa (Biała 2, Ulhówek 1), Sambor (Dorożów 9), Śniatyn (Potoczek 2, Śniatyn 3, Podwysoka 3), Stanisławów (Uhorniki 3), Stryj (Pławie 4), Tarnopol (Chodaczków w. 1, Józefówka 10), Tłumacz (Bortniki 9, Targowica 2); nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych 53 przypadków w 30 gminach.

Ruch ludności w Krakowie. Od dnia 29 kwietnia do 5 maja 1906 urodziło się dzieci żywo 56, nieżywo 8; zmarło osób 53 (obcych 22), a przyczyną śmierci były: gruźlica 17 (7), zapalenie płuc 8 (5), błonica 1, płonica 1 (1), odra 1, zakażenie przyranne 1, choroby serca i naczyń 7 (1), inne przyczyny śmierci naturalnej 14 (8), przypadek nieszczęśliwy 2 (2), samobójstwo 1. — Od 6 do 12 maja 1906 urodziło się dzieci żywo 49, nieżywo 6; zmarło osób 49 (obcych 13), a przyczyną śmierci były: rozwój niedostateczny 1, gruźlica 13 (4), zapalenie płuc 7, błonica 2, płonica 3 (2), odra 5, cholera niemowląt 4, zakażenie przyranne 1, inne choroby zakaźne 1, udar mózgu 1, choroby serca i naczyń 2 (1), nowotwory 1, inne przyczyny śmierci naturalnej 7 (5), samobójstwo 1 (1).

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 29 kwietnia do 5 maja 1906 zgłoszono przypadków: błonicy 4 (obcych 1), krztuśca 3, płonicy 5, odry 6, duru brzusznego 0 (1), gorączki połogowej 1, nagminnego zapalenia opon 2; w tymże czasie zmarło z błonicy 1, płonicy 2, gorączki połogowej 1, nagminnego zapalenia opon 1.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Akademia Umiejętności przyznała nagrodę im. Warschauera Dr Alfredowi Sokołowskiemu z Warszawy za dzieło »O chorobach dróg oddechowych«.

— Stopień doktora wszech nauk lekarskich otrzymał na uniwersytecie Jagiellońskim p. Jan Landau.

Lwów. Krajowa Rada Zdrowia na posiedzeniu w dniu 1 maja zajmowała się w dalszym ciągu rozprawami nad zaprowadzeniem dwurazowej nauki w seminaryum żeńskiem we Lwowie, oświadczyła się za utworzeniem nowego okręgu sanitarnego w Jagielnicy w pow. Czortkowskim i za potrzebą badania dzieci szkolnych, o ile nadają się do nauki, ale tylko przez lekarzy.

— Krajowa Rada zdrowia odbyła dnia 12 maja b. r. posiedzenie, na którem rozpatrywano sprawę zmiany normy ordynacyjnej i dyspensacyjnej dla zapisywania, wzgl. wydawania leków na koszt funduszów publicznych. Uchwalono cały szereg wniosków, które zostaną przedłożone ministerstwu do rozpatrzenia i uwzględnienia przy sposobności zamierzonej zmiany tej normy na podstawie VIII wydania farmakopei, wchodzącej w życie z dniem 1 lipca 1906 roku.

— Za pośrednictwem »Głosu lekarzy« oznajmia dr Adler, lekarz fabryki tytoniu w Monasterzyskach, że z końcem r. b. lub z początkiem przyszłego przechodzi na emeryturę, a pragnąc pozostawić zdolnego i sumiennego następcę, donosi o otwierającem się miejscu kolegom, którym też gotów udzielić wszelkich informacyi.

— Zarząd zdrojowy w Wysowy, jak podaje »Głos lekarzy«, przed laty płacił lekarzowi zdrojowemu, dr Jaroszowi, za sezon 800 koron; jego następcy, dr T. Piotrowskiemu — 600 K; obecnie ustępującemu dr Ozdze — 400 K; a przyszłemu następcy jego ofiaruje podobno.... 200 K.

Poznań. »Towarzystwo ku zwalczaniu zakaźnych chorób płciowych«, założone w Poznaniu z końcem r. 1903 przez Radcę Dra Chłapowskiego i Dra Adama Karwowskiego, odbyło dnia 3 kwietnia b. r. trzecie Walne Zebranie roczne. Dr Łazarewicz wygłosił przed licznie zebraną publicznością obojga płci odczyt, będący bardzo na dobie, p. t. »Czy i jak rodzice mają uświadamiać dzieci w zagadnieniach płciowych?« Był to ostatni z szeregu odczytów, urządzonych przez Towarzystwo, a wygłoszonych przez lekarzy Drów Zakrzewskiego, Karwowskiego i Łazarewicza celem pouczenia szerszych warstw społeczeństwa o historyi, istocie i sposobach zwalczania chorób wenerycznych. Członków liczy Towarzystwo około 300 i utrzymuje bezpłatną lecznicę dla chorych na choroby weneryczne (ordynatorzy Dr Karwowski i Łazarewicz). Towarzystwo postanowiło zmienić nazwę swą na: »Towarzystwo społeczno-higieniczne«, jako krótszą, mniej może rażącą, a pozwalającą na rozszerzenie działalności Towarzystwa w dziedzinie ogólnej higieny.

— Na ostatniem posiedzeniu wydziału lekarskiego Towarzystwa przyjaciół nauk roztrząsano żywo pytanie, czy zaleca się lekarzom pouczać rodziców, żeby zamiast tajenia dzieciom kwestyi płciowych, raczej otwarcie je w tych sprawach uświadamiali. Po ożywionej wymianie zdań, wszyscy obecni koledzy z wyjątkiem jednego oświadczyli się za rozsądnem uświadamianiem. Prócz tego kol. Łazarewicz zdał sprawę z ciekawego przypadku, który uważa za ciążę podwójną, jedną prawidłową, drugą jajowodową. *K.*

Petersburg. Porządek dzienny posiedzenia »Koła lekarskiego w dniu 2/15 maja obejmował dwa wykłady: 1) Dr Wilamowski: »Dwa przypadki raka trzustki z cukromoczem« 2) Dr Śliwiński Romuald: »Tworzenie się kości i szpiku kostnego w nerce królika. Badania doświadczalne« (z przedstawieniem preparatów mikroskopowych), w części zas administracyjnej ostateczne przeczytanie w języku polskim ustawy »Związku Polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu«.

— Naczelnikiem akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu obrano na mocy zezwolenia Rady wojennej profesora chemii fizyologicznej Danilewskiego.

— Miasteczko Dołhinowo w pow. wileńskim poszukuje lekarza. Płaca stała 600 rbs., dochody z praktyki około 3000 rbs. Wiadomość w miejscowej aptece. (»Med.« 19).

Z różnych stron. Pani Curie-Skłodowska ma, według wiadomości dziennikarskich, otrzymać katedrę w Sorbonie po ś. p. prof. Curie.

— Kursa wakacyjne dla lekarzy na czeskim wydziale lekarskim w Pradze rozpoczną się 2 lipca. Wykładać będą przeważnie docenci i asystenci wydziału. Informacyi udziela i zgłoszenia (do końca maja) przyjmuje Doc. Weigner (Praha II, 1660).

— Uznając organizacyę tegorocznego zjazdu międzynarodowego w Lizbonie za dobrą, przez co zatarło się fatalne wrażenie przedostatniego zjazdu madryckiego, podnosi »Sémaine med.« (Nr 19) szereg usterek, żądając słusznie ich usunięcia na przyszłość. Przedewszystkiem i na tym zjeździe, jak na poprzednich, rozrywki zorganizowano staranniej, niż pracę naukową. Bardzo wielu sprawozdawców wyznaczonych z góry przedmiotów obrad, wcale na zjazd nie przybyło, przez co i wyświetlenie postawionych na porządku dziennym zagadnień, będące głównym celem zjazdu, bardzo ucierpiało. Ci zaś sprawozdawcy, którzy przybyli, opracowali swe sprawozdania każdy na własną rękę bez porozumienia się z koreferentami, wreszcie wiele sprawozdań oddano w niedoświadczone ręce młodych lekarzy miejscowych. Wbrew ogólnemu przekonaniu, że zjazdy są zbyt częste i wbrew wnioskowi komitetu niemieckiego ma się najbliższy zjazd odbyć znowu już za 3 lata, w 1909 r. w Peszcie. Biuro prasy lekarskiej i biuro pocztowe były źle zorganizowane. Za to postępem w porównaniu ze zjazdem madryckim było odważne usunięcie przez komitet gospodarczy języka portugalskiego z obrad i niedopuszczenie na zjazd osób, niebędących lekarzami.

— Lekarze berlińcy poróżnili się ze sobą o sprawy... artystyczne. »Deutsche med. Wochenschrift« protestuje mianowicie energicznie przeciw uchwale komitetu budowy pomnika Virchowa, wybierającej (z trzech pierwszą nagrodą na konkursie odznaczonych) projekt, w którym góruje grupa alegoryczna nad skromnym medalionem wielkiego uczonego, a zaleca inny projekt, w którym statua Virchowa jest rzeczą główną. »Berliner klin. Wochenschrift« broni projektu, wybranego przez komitet.

Mianowani: Dr Władysław Skórski sekundaryuszem szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Zmarli: Wolf Becher, lekarz, twórca pierwszych uzdrowisk leśnych dla dzieci i seminaryum dla medycyny społecznej w Berlinie, zasłużony działacz na wielu polach medycyny społecznej, wytrawny znawca nowszej historyi medycyny, w 44 r. ż. w Berlinie; okulista Mascaro, dobroczyńca ubogich chorych i ociemniałych w Lizbonie, nagle w czasie wykładu na lizbońskim zjeździe międzynarodowym.

Dr Gustaw Doliński, znany w Królestwie Polskiem lekarz i literat, zmarł 5 maja b. r. w Lublinie. Urodzony w r. 1846, studyował najpierw matematykę, następnie medycynę w Szkole Głównej, gdzie kolegował z H. Sienkiewiczem i B. Prusem. W roku 1874 osiadł ś. p. Gustaw w Lublinie. Już wtedy pisywał dużo do pism warszawskich. W r. 1899 przeniósł się ś. p. dr Doliński do Warszawy, pragnąc tutaj oddać się przeważnie ulubionemu zawodowi pisarskiemu. Pracując stale w kilku pismach, głównie w „Słowie“, pisywał poza tem dużo rozpraw z dziedziny higieny i pedagogii. Ale warunki prasowe i wydawnicze w Warszawie wtedy były ciężkie, ś. p. dr Doliński powrócił tedy do zajęć lekarskich najpierw na Podolu; stamtąd po niedługim pobycie powrócił do Lublina. Trudno mu jednak było rozstać się zupełnie z piórem, więc do ostatnich chwil życia pisywał korespondencye z Lublina i drobniejsze rzeczy.

Dr Stefan Zygmunt Koczorowski w Klimowicach (gub. mohylowskiej).

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr 18. Pruszyński: Choroba Addisona bez bronzowego zabarwienia skóry. Molz i Perearnau, Bzura (c. d. z Nr 17).

— *Medycyna* Nr 19 Orłowski: Statystyka szczepień ochronnych przeciw wściekliźnie w r. 1904. Leśniowski (c. d. z Nr 18).

— *Przegląd chorób skórnych i wenerycznych* Nr 4. Karwacki: O florze spraw płciowych.

— *Tygodnik lekarski* Nr 19. Hornung: Dwa przypadki wrzekomego przerostu mięśni typu Erba. Czyżewicz i Nowicki (dok. z Nr 18). Progulski: W sprawie nowszych urządzeń mających na celu zmniejszenie śmiertelności niemowląt.

— *Głos lekarzy* Nr 10 Mikołajski: Lekarze wobec reformy prasowej. Ciąg dalszy artykułów Mikołajskiego z Nr 9.

— *Kronika lekarska* Nr 9. Ciąg dalszy artykułów: Hornowskiego, Sędziaka i Giedroycia.

— *Časopis lékařův českých* Nr 19. Frankenberger: O významu laryngologie a poměru jejím k'povšechné medicíně. Vanýsek: Aneurysma aorty vzestupné provalené do plicnice. Hock. Serum Maraglianovo a Aronsonovo. Peterka. Podkožní utržení průdušnice při strangulaci.

— *Russkij Wracz* Nr 16. Gabryczewski: Szczepionka przeciwpłonicza i sprawa swoistości paciorkowca płonicy. Hagen-Torn: Zastosowanie nakłucia lędźwiowego w nagminnem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych. Poggenpol: W sprawie białaczki ostrej. Klimow: Nowy sposób kliniczny oznaczania krwawego moczu. Arnoldow: Barwiki czerwonej kapusty i t. d. jako indykatory.

— *Semaine médicale* Nr 19. Lejars: Zapalenie kątnicy i zapalenie okołokątnicze.

— *Presse médicale* Nr 31 (spóźniony z powodu strajku drukarzy): Reclus: Szew nerwów. Letienne: Serce starcze.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 19. Velich: Studya nad wpływem układu nerwowego na tętno. Kolisch: W sprawie wytwarzania cukru z tłuszczu. Lazar: Dalsze badania lipoidów jako ciał ochronnych. Kephallinos: O ostrym gośćcu stawowym, pląsawicy i zapaleniu wsierdzia u dzieci. Holub: O leczeniu tyreoidyną choroby Basedowa, szczególnie połączonej z obrzękiem śluzowatym.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 19. Ebstein: O wzbudzających przypuszczenie ospy postaciach ospy wietrznej. Zur Verth: W sprawie znieczulania w t. zw. małej chirurgii. Determann: W sprawie metodyki oznaczania lepkości krwi ludzkiej. Zahn: Drugi przypadek załamania przełyku przez wyrośl chrząstkową kręgosłupa. Apetz: Symetryczna zgorzel obu powiek po uszkodzeniu czoła. Richarz: Przypadek ostrego zapalenia nerek po użyciu balsamu peruwiańskiego. Wyleczenie przypadku tężca urazowego. Cramer: Normalna flaszka dla osesków. Klieneberger i Zoeppritz (dok. z Nr 18).

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 19. Wassermann, Neisser i Bruck: Odczyn serodyagnostyczny w kile. Hirschberg: O zapaleniu siatkówki i nerwu wzrokowego wskutek kiły wrodzonej. Buschke i Fischer: Przypadek kiłowego zapalenia mięśnia sercowego w kile dziedzicznej z wykryciem krętków. Bettmann: Świąd, jako wstępny objaw półpaśca. Heinze: Przyczynek do leczenia choroby Basedowa antytyreoidyną Möbiusa. Treplin: O wynikach leczenia chirurgicznego nowotworów pęcherza. Hoffa (dok. z Nr 18). Roorda Smit: Muszyca i jej leczenie. Schellenberg: O fotografiach rentgenowskich, sprawiających wrażenie plastyczne.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 20. Hansemann: O wpływie domestykacyi na powstawanie chorób. Meyer: O bakteryobójczem działaniu melioformu. Browning i Sachs: O antyamboceptorach. Rheinboldt: W sprawie bakteryobójczego działania wód mineralnych promieniotwórczych. Deutschländer: Czynnościowe leczenie złamań kości. Focke: Jaką wartość mają dla praktyki doświadczenia z naparstnicą na żabach.

Redakcya otrzymała: Biegański: Über die Zweckmässigkeit in den pathologischen Erscheinungen. Odb. z „Ostwald's Annalen der Naturphilosophie“. — A. Wolff-Eisner: Das Heufieber, sein Wesen und seine Behandlung. München 1906. J. F. Lehmann (mk. 3,60). — Prof. H. Kehr: Die interne und chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit. München 1906. J. F. Lehmann (mk. 4). — Dr Zagórski i dr Teller: Sprawozdanie miejskiego biura sanitarnego w Rzeszowie za rok 1905. — Prof. Finger i doc. Landsteiner: Untersuchungen über Syphilis an Affen. I u. II Mittheilung. Odb. z „Sitzungsber. der k. Akademie der Wiss. in Wien. Math.-naturw. Klasse“. T. 114 i 115.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).
Dr **Jekels Ludwik**, właściciel i kierownik Zakładu.

Cudowa (Kudowa), Śląsk górny.
Dr **Brodzki Jan**, b. asyst. prof. Leydena. kierownik zakładu dla hydro- elektro- mechanoterapii.

Iwonicz.
Dr **Damański Emanuel.**
Dr **Gabryszewski A.**, Doc. chir. Uniw. lwow.. lek. zakł.
Dr **Staniszewski Julian**, b. asystent Uniw. Jag.. lek. zakł.

Jaworze (Śląsk austr.).
Dr **Czop Zygm.**, kierow. Zakł., stale od 1895 w Jaworzu.

Kosów.
lecznica fizyk.-dyetet. otwarta od Maja do końca Paździer.
Dr **Tarnawski**, właściciel i kierownik.

Krynica.
Dr **Aronsohn Julian**, („Krakus“).
Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski“).
Dr **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem“).
Dr **Lewicki Stanisław**, b. asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr **Mayer Józef**, (Łazienki borowinowe).
Dr **Wąsowicz Zygmunt**, („Pod Orłem“).
Dr **Zarzycki Emanuel**, („Witoldówka“).

Maryówka pod Lwowem, sanatoryum i zakład wodolecz.
Dr **Zakrzewski**, kierownik i właściciel Zakładu.

Rabka.
Dr **Cholewicz Fr.**
Dr **Lang Otokar**, lekarz okr.
Dr **Supiński Edmund**, lekarz zakładowy.

Rymanów.
Dr **Bielecki Ignacy**, lek. okręg.
Dr **Dukiet.**

Swoszowice (kąpiele mułowe, siarczane i elektryczne).
Dr **Trzciński B.**, lekarz zakładowy.

Szczawnica.
Dr **Górski Ksawery**, lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).
Dr **Kołączkowski J.**, kierownik Zakładu wodoleczniczego i pensyonatu („Miedziuś“), ordynuje od 26 lat.
Dr **Żuliński Edward**, (Willa „Alma“), zimą w **Meranie.**

Truskawiec.
Dr **G. Gittelmacher** — **Wilenko.**
Dr **Krzyżanowski E.**, radca cesarski, lekarz zakładowy.
Dr **Pelczar Zenon.**
Dr **Praschil Tad.**, b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Żegiestów.
Dr **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.
Dr **Kümmerling Henryk**, (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).
Dr **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lw. („Villa Söllradl“).

Cieplice trenczyńskie.
Dr **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr **Wohr**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.
Dr **Steinsberg**, (Stefanstrasse Villa „Dr Steinsberg“).
Dr **Zeitner Józef**, (Kirchenstrasse „Stadt-Paris“).

Gleichenberg.
Dr **Bulikowski St.**, (Villa „Höffinger“ VI)

Karlsbad.
Dr **Biernacki E.**, docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza“).

Kissingen.
Dr **Chłapowski Fr.**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1.
Dr **Maciejewski J.**, („Villa Elsa“), ordynuje jak dawniej.

Marienbad.
Dr **Harajewicz Władysław**, radca ces. („Villa Wahnfried“).
Dr **Liebeskind Józef**, („Haus Kronprinz“).

Nauheim.
Dr **Jankowski Fr.**, („Hotel Europejski“).
Dr **Łowiński.**

Oeynhausen (Westfalia).
Dr **Janta Połczyński**, specyalista w chorobach nerwowych.

L. 980. **KONKURS.**

Wydział powiatowy w Stryju rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Tucholce z płacą roczną z funduszu powiatowego w kwocie 1.500 kor. i ryczałtem na koszta podróży ustanowionym przez Wydział krajowy w rocznej kwocie 800 koron.

Okręg sanitarny obejmuje miejscowości: Annaberg, Felizienthal ze Smorzem górnem, Grabowiec skolski, Hołowiecko, Hutar, Kalne, Karlsdorf, Klimiec, Orawa, Orawczyk, Pławie, Pohar, Ryków, Smorze dolne, Smorze miasto, Tucholka, Tysowice, Wyzłów i Żupanie, razem 19 gmin z ludnością 12.149 na obszarze 330 km. kwadratowych.

Ubiegający się o tę posadę mają oprócz dostatecznej fizycznej zdatności, stwierdzonej świadectwem c. k. lekarza powiatowego wykazać się:

1) Prawem obywatelstwa austryackiego;

2) Dyplomem doktora medycyny, upoważniającym do wykonywania praktyki lekarskiej;

3) Świadectwem moralności; 133

4) Znajomością języków krajowych;

5) Przynajmniej dwuletnią praktyką w zawodzie lekarskim.

Lekarz okręgowy w Tucholce będzie miał obowiązek utrzymywania apteki domowej.

Obowiązki służbowe określa instrukcya z 31 grudnia 1891 Dz. u. kr. Nr. 82 i 83 (Część XXII. Dz. u. kr. z roku 1891.

Posada zostanie nadaną na 1 rok prowizorycznie, poczem dopiero po myśli § 8 ustawy z 2 lutego 1891 Nr. 17 Dz. u. kr. może nastąpić stabilizacya.

Podania ostemplowane marką stemplową na 1 koronę należy wnosić do dnia 20 maja 1906.

Prezes:
Onyszkiewicz.